

දුරකථන) 0112669192 , 0112675011
தொலைபேசி) 0112694033 , 0112675280
Telephone) 0112675449

ෆැක්ස්) 0112693866
பெக்ஸ்) 0112693869
Fax) 0112692913

විද්‍යුත් තැපෑල) postmaster@health.gov.lk
மின்னஞ்சல் முகவரி)
e-mail)

වෙබ් අඩවිය) www.health.gov.lk
இணையத்தளம்)
website)



සුවසිරිපාය
சுவசிரிபாய
SUWASIRIPAYA

මගේ අංකය)
எனது இல) 06/C/PHMA/பா.ச.ம./2027-III
My No.)

ඔබේ අංකය)
உமது இல)
Your No.)

දිනය)
திகதி) 2026.10. 14
Date)

සෞඛ්‍ය හා ජනමාධ්‍ය අමාත්‍යාංශය சுகாதார மற்றும் வெகுஜன ஊடக அமைச்சு Ministry of Health & Mass Media

සියළුම රෝහල් අධ්‍යක්ෂවරුන්, සෞඛ්‍ය ආයතන ප්‍රධානීන් හා අංශ ප්‍රධානීන්,

2027 වාර්ෂික ස්ථාන මාරුවීම් - සෞඛ්‍ය කළමනාකරණ සේවා නිලධාරී සේවය

උක්ත කරුණ සම්බන්ධව මගේ සමාංක හා 2026.10.12 දිනැති ලිපිය හා බැඳේ.

02. එහි පළමු ඡේදයෙහි ඇතුළත් ස්ථානමාරු ක්‍රියාත්මක විය යුතු දිනය ලෙස සඳහන් “2026.01.04” දිනය “2027.01.04” දිනය ලෙස සංශෝධනය විය යුතු බව කාරුණිකව සැලකුව මැනවි.

03. තවද, මෙම වාර්ෂික ස්ථාන මාරුවීම් ආශ්‍රිතව ඉදිරිපත් කරනු ලබන සියළුම අභියාචනා 2026.10.16 වන දිනට පෙර මේ සමඟ යා කර ඇති ඇමුණුමෙහි සඳහන් ආකෘතිය මගින් ඉදිරිපත් කරන ලෙසද වැඩිදුරටත් කාරුණිකව දන්වමි.

ඒ.බී.ඩිනිති.කුමාරසිංහ

නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (පාලන) I

ඒ.බී.ඩිනිති. කුමාරසිංහ
නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (පාලන) 01
සෞඛ්‍ය හා ජනමාධ්‍ය අමාත්‍යාංශය,
"සුවසිරිපාය"
කොළඹ 10.

අත්/කලේ: විශේෂඥ වෛද්‍ය අනිල් ජාසිංහ
ලේකම්

2027 වර්ෂයේ ස්ථාන මාරුවීම් සම්බන්ධයෙන් සමාලෝචන කමිටුව වෙත කරුණු දැක්වීමේ ඉල්ලුම් පත්‍රය

තනතුර හා ශ්‍රේණිය			මාරුවීම් ලේඛනයේ අංකය	
-------------------	--	--	----------------------	--

අ. පෞද්ගලික තොරතුරු

01. මූලකරු සමග නම :			
02. උපන් දිනය:	03. වයස (2026.12.31 දිනට): අවු..... මාස..... දින.....	04. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය	05. ස්ත්‍රී / පුරුෂ භාවය
06: ස්ථීර ලිපිනය:	07. තාවකාලික ලිපිනය :	08. දුරකතන අංකය කාර්යාලය: පෞද්ගලික:	
09. විවාහක / අවිවාහක බව :	10. කලත්‍රයාගේ නම:	11. කලත්‍රයාගේ රැකියාව හා සේවා ස්ථානය :	
12. දරුවන් ගණන :	13. ඔවුන්ගේ වයස:	14. ඉගෙනුම් ලබන පාසල :	

ආ. සේවා තොරතුරු

15. වර්තමාන සේවා ස්ථානය :			16. සේවා ස්ථානය පිහිටි නගරය:	
17. වර්තමාන සේවා ස්ථානයට වාර්තා කළ දිනය:			18. වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ සේවා කාලය:	
19. පූර්ව සේවා ස්ථානය	සේවා ස්ථානය	තනතුර	සේවා කාලය	
			සිට	දක්වා

ඇ. ස්ථාන මාරු ඉල්ලීම පිළිබඳ තොරතුරු (අදාළ කොටුවේ / ලකුණ යොදන්න)

20. වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අයදුම් කර	ඇත		ස්ථාන මාරු ලැබී තිබේ නම් එම සේවා ස්ථානය
	නැත		

21. සමාලෝචන කමිටුව මගින් අපේක්ෂිත තීරණය

ස්ථාන මාරුව අවලංගු කිරීම		ස්ථාන මාරුව සංශෝධනය කළ යුතු / නව ස්ථාන මාරුවක් ලබා දිය යුතු සේවා ස්ථාන
සංශෝධනය කිරීම		
නව ස්ථාන මාරුවක් ලබා ගැනීම		

22. ඉදිරිපත් කිරීමට ඇති කරුණු

--

ඉහත දක්වා ඇති තොරතුරු සියල්ල සත්‍ය හා නිවැරදි බවට ප්‍රකාශ කරමි.

.....

දිනය අත්සන

ඇ. රෝහල් / ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය

ඉහත නම් සඳහන් නිලධාරියාගේ 2027 වාර්ෂික ස්ථාන මාරුවීම සම්බන්ධයෙන් සමාලෝචන කමිටුව වෙත කරුණු දැක්වීමේ ඉල්ලුම් පත්‍රය නිර්දේශ කර ඉදිරිපත් කරමි.	
.....	
දිනය	අත්සන
	නිල මුද්‍රාව

Application form for making representations to the committee for Reviewing Annual Transfers - 2027

Post and Grede			Number of the Transfer List	
----------------	--	--	-----------------------------	--

a. Personal Information

01. Name With Initials:			
02. Date of Birth:	03. Age (as at 31.12.2026): years.....Months Days.....	04. National Identity Card No:	05. Gender
06. Permanent Address:	07. Temporary Address :	08. Telephone No. Office: Personal:	
09. Marital Status :	10. Name of the Spouse :	11. Occupation and work place of the Spouse :	
12. Number of Children :	13. Their Age :	14. Schools Attending :	

b. Service Particulars

15. Present Service Station :		16. Town where the service station is located:	
17. Date of reporting for duty at the present service station:		18. Period of service at the present service station :	
19. previous Service Station	Service Station	Post	Period of Service
			From To

C. Particulars of request for transfer (Mark ✓ in the relevant cage)

20. Have applied for Annual transfers	Yes		Indicate the service station if transfer order has been received
	No		

21. Request made to the Committee for Reviewing Annual Transfers

Cancellation of the transfer		If seeking for a revision of the transfer / new transfer, the service stations requested for
Revising the transfer		
Obtaining a new transfer		

22. Representations to be made

--

I hereby declare that all the above particulars are true and accurate.

.....

Date

.....

Signature

D. Recommendation of the Head of the Hospital / Institution

I do recommend and forward the above named officer's application for making representations to the Committee for Reviewing Annual Transfers with regard to annual transfers 2027.

.....

Date

.....

Signature

Official Stamp