

දුරකථන ) 0112669192 , 0112675011  
 தொலைபேசி ) 0112698507 , 0112694033  
 Telephone ) 0112675449 , 0112675280

ෆැක්ස් ) 0112693866  
 பெக்ஸ் ) 0112693869  
 Fax ) 0112692913

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

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

මගේ අංකය )  
 எனது இல ) NA//06/T/23/2018/ව.ස.ම  
 My No. )

ඔබේ අංකය )  
 உமது இல )  
 Your No. : )

දිනය )  
 திகதி ) 2019.05.07  
 Date )



සුවසිරිපාය  
 சுவசிரிபாய

**SUWASIRIPAYA**

සෞඛ්‍ය, පෝෂණ සහ දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය  
 சுகாதார, போசணை மற்றும் சுதேச வைத்திய அமைச்சு  
**Ministry of Health, Nutrition & Indigenous Medicine**

වකුලේඛ අංකය - 02 - 72 / 2019

නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (ශ්‍රී ලංකා ජාතික රෝහල)  
 සියලුම ශික්ෂණ රෝහල් / මහ රෝහල් අධ්‍යක්ෂවරුන් ,  
 සියලුම මූලික රෝහල් / විශේෂිත ආයතන ප්‍රධානීන් ඇතුළු  
 රේඛීය අමාත්‍යාංශය යටතේ පාලනය වන සියලුම ආයතන ප්‍රධානීන් වෙත.

**හෙදි/හෙදි නිලධාරීන්ගේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු -2018/2019**

රේඛීය අමාත්‍යාංශය යටතේ පාලනය වන සියලුම රෝහල් හා ආයතන වල සේවය කරන ස්ථාන මාරු ලබා ගැනීමට අපේක්ෂාවෙන් සිටින 111 ශ්‍රේණිය ,11 ශ්‍රේණිය, 1 ශ්‍රේණිය හා අධි ශ්‍රේණියේ සේවය කරන හෙද නිලධාරීන්ගෙන් /නිලධාරීන්ගෙන් 2018 වර්ෂය සඳහා අයදුම්පත් කැඳවනු ලැබේ . මෙම වකුලේඛයට අනුව 1 ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (රෝහල් සේවා/මහජන සෞඛ්‍ය /අධ්‍යාපන)තනතුරුවල සහ විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (රෝහල් සේවා/මහජන සෞඛ්‍ය /අධ්‍යාපන) තනතුරුවල සිටින නිලධාරීන්ට ස්ථාන මාරු අයදුම් කල නොහැකි අතර එම තනතුරු සඳහා ස්ථාන මාරු කැඳවීම් වෙනම සිදු කරනු ලැබේ.

02. පහත සුදුසුකම් සපුරා තිබෙන නිලධාරීන්ට ස්ථාන මාරු අයදුම් කළ හැකි අතර ඔවුන් ඇමුණුම 01 මගින් දැක්වෙන ආකෘතියට අනුකූලව ස්ථාන මාරු අයදුම් කළ යුතුය.

- I. අයදුම්පත් පියවන දිනට වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ වසර (04) ක අඛණ්ඩ සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කර තිබෙන හෙද නිලධාරීන්
- II. මහරගම අපේක්ෂා රෝහල ,ජාතික මානසික සෞඛ්‍ය විද්‍යායතනය ,වැලිසර ළය රෝහල හා ජාතික බෝවන රෝග විද්‍යායතනය (එන්.අයි.අයි.සී) හි සේවය කරන අයදුම්පත් පියවන දිනට වසර 02 ක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කරන ලද හෙද නිලධාරීන්

03. අයදුම් කළ යුතු ආකාරය

- I. ස්ථාන මාරු ඉල්ලීමේදී සලකා බලනු ලබන්නේ ඒ සඳහා සකස් කර ඇති ආකෘති පත්‍රයට අනුකූලවම ඉදිරිපත් කරන අයදුම්පත් පමණි. තවද මීට පෙර ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කර තිබුණ ද, ස්ථාන මාරු නියෝගයක් ලැබී නොමැති නිලධාරීන් මෙම වකුලේඛය ප්‍රකාරව ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කළ යුතුය.
- II. එසේම මගේ අංක NA/05/67/2019 හා 2019.02.07 දිනැති ලිපියෙන් 2014බී කණ්ඩායමේ හෙද නිලධාරීන් මගින් අනුප්‍රාප්තිකයන් ලබාදුන් හෙද නිලධාරීන් හැර ඉතිරි සියළුම හෙද නිලධාරීන්ගේ මීට පෙර වර්ෂවල වාර්ෂික ස්ථාන මාරු නියෝග සියල්ල මෙම වකුලේඛය නිකුත්වන දිනට අවලංගු වේ.ඉදිරියේදී අනුප්‍රාප්තිකයන් ලබා දෙන්නේ මෙම ස්ථාන මාරු ලේඛනයේ නම සඳහන් නිලධාරීන්ට පමණක් බැවින් ඉතිරි සියළුම නිලධාරීන් මෙම වකුලේඛය අනුව ස්ථාන මාරු අයදුම් කළ යුතු බව වැඩිදුරටත් දන්වමි.

- III. සෑම නිලධාරියෙක් පිළිබඳව නිවැරදි හා සම්පූර්ණ තොරතුරු සැපයීමට සෑම ආයතන ප්‍රධානියෙක්ම වග බලාගත යුතුය .එමෙන්ම මෙම නිවේදනයේ සඳහන් කරුණු ආයතනයේ සියලුම හෙද නිලධාරීන්ට (ප්‍රසූත නිවාඩු,විශේෂ නිවාඩු ලබා සිටින නිලධාරීන් ඇතුළත් ව) දැනගැනීමට සැලැස්විය යුතුය. සාවද්‍ය තොරතුරු සැපයීමෙන් හෝ සුදුසුකම් ලත් නිලධාරීන්ට අයදුම් කිරීමට අවස්ථාව නොලැබීමෙන් හෝ ඇතිවන අපහසුතාවන් පිළිබඳව මෙම අමාත්‍යාංශය වග නොකියන අතර , ඒ සම්බන්ධව ඒ ඒ ආයතන ප්‍රධානීන් වගකීමට බැඳෙන බව කාරුණිකව දන්වමි.
- IV. සියලුම ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය සහිතව ආවරණ ලිපියක් මගින් ලේඛනගත තැපෑලෙන් එවීමට හෝ අනිත් ගෙනවිත් භාර දීමට කටයුතු කළ යුතුය. කිසිදු හේතුවක් නිසාවත් නිලධාරියෙකු විසින් පෞද්ගලිකව ගෙනවිත් දෙන අයදුම්පත් භාර ගනු නොලැබේ . එමෙන්ම සෑම ආයතනයක්ම ඇමුණුම 1 අනුව සම්පූර්ණ කරල ලද ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් ආකෘති අංක 01 සමඟ ඉදිරිපත් කළ යුතු වේ. මෙම නිවේදනයට පරිබාහිර සෑම අයදුම්පතක්ම දැනුම් දීමකින් තොරව ප්‍රතික්ෂේප කරනු ලැබේ .
- V. පළාත් රාජ්‍ය සේවයට අනුයුක්ත වීමට අපේක්ෂා කරන විනය කරුණු නොමැති නිලධාරීන් ස්ථාන මාරු අයදුම්පත්‍රයට සමානව රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා කාර්ය පටිපාටික රීති හි 10 පරිශිෂ්ටය (ඇමුණුම 02) ද සම්පූර්ණ කර ස්ථාන මාරු අයදුම්පත සමඟ එවිය යුතුය. මෙතෙක් සේවය ස්ථිර කර නොමැති නිලධාරීන්ගේ අයදුම්පත් සමඟ ඔවුන්ගේ විභාග දෙපාර්තමේන්තුවෙන් සනාථ කර ගන්නා ලද අ.පො.ස (සා.පෙළ) හා (උ.පෙළ)ප්‍රතිඵල ලේඛනවල සත්‍ය බවට සහතික කරන ලද පිටපත්ද එවිය යුතුය.ස්ථිර කර ඇති නිලධාරීන්ව ස්ථිර කළ බවට ලබා දී ඇති ලිපියේ පිටපතක් එවිය යුතුය.
- VI. අයදුම්පත් භාර ගන්නා අවසන් දිනය 2019.05.24 දින වන අතර , එදිනට පසුව ලැබෙන කිසිදු අයදුම්පතක් භාර නොගන්නා බවට අවධාරණය කරමි.

04. සැලකිය යුතුයි -

- i. මෙම වක්‍රලේඛයට අනුව අයදුම්පතක් ඉදිරිපත් කරන සියලු දෙනාට ස්ථාන මාරු ලබාදෙන බවක් මෙහි සඳහන් වගන්ති කිසිවකින් අදහස් නොවන අතර එසේ තේරුම් ගත යුතුද නොවේ .
- ii. කුරුණෑගල,කෑගල්ල ශික්ෂණ රෝහල් හා මහරගම දන්තායතනය සඳහා මෙම වක්‍රලේඛය මගින් වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ලබා දෙනු නොලැබේ.
- iii. ස්ථාන මාරු සලකා බලන අවස්ථාවේ පුරප්පාඩු නොමැති රෝහල් හා විශේෂිත ස්ථාන මාරු කැඳවා ඇති රෝහල් සඳහා වන ඉල්ලීම් සලකා නොබලන අතර , ඒ සම්බන්ධව අයදුම්කරුවන් සැලකිලිමත් වන ලෙස දැනුම් දෙමි .
- iv. ලැබෙන අයදුම්පත් ස්ථාන මාරු මණ්ඩලයකට යොමු කර ස්ථාන මාරු ලබා දෙන අතර 2019.05.24 දිනට අංක 02 යටතේ දැක්වෙන සුදුසුකම් සපුරාලන නිලධාරීන් වර්තමාන සේවා ස්ථානයට වාර්තා කළ දිනයට අනුව ජ්‍යෙෂ්ඨතා ලේඛනය සකස් කරනු ලැබේ.එහිදී එකම දින පත්වීම් ලද නිලධාරීන් සිටියහොත් ඔවුන්ගේ සිසු හෙද පුහුණුවේ අවසන් වසර පරීක්ෂණයෙහි දිවයිනේ කුසලතාව සලකා බලා ජ්‍යෙෂ්ඨතා ලේඛනය සකස් කරනු ඇත.

- v. ප්‍රතිකාර සේවාව යාවත්කාලීනව පවත්වාගෙන යෑම මානව සම්පත් කළමනාකරණයේ මූලික අරමුණ බැවින් , පුරප්පාඩු පවතින සේවා අවශ්‍යතාවය ඇති, හෙද නිලධාරීන්ගේ ස්ථාන මාරු සලකා බලන නමුදු ,අනුප්‍රාප්තිකයන් රහිතව රෝහලේ ප්‍රතිකාර සේවාව අඩාල වන ආකාරයෙන් මුදා නොහරින බව අවධාරණය කරමි.
- vi. පළාත් සභා යටතේ පාලනය වන රෝහල් සඳහා ස්ථිරව මුදා හැරීමට ඉල්ලන ලද , සුදුසුකම් සපුරා තිබෙන නිලධාරීන් සඳහා අදාල පළාතේ පුරප්පාඩු පවතී නම් ස්ථාන මාරු නියෝග ලබා දෙනු ලැබේ. එසේ වුවද ඔවුන් බඳවා ගැනීමට අදාල පළාත් එකඟතාව ලබාගෙන ඒ බව ආයතන ප්‍රධානීන්ට දැනුම් දෙන තෙක් ඔවුන් මුදා නොහැරිය යුතු බව අවධාරණය කරමි.

05. 2018 වසරට අදාල වාර්ෂික ස්ථාන මාරු මණ්ඩල නිර්දේශය සහිත නාම ලේඛනය [www.health.gov.lk](http://www.health.gov.lk) වෙබ් අඩවියේ පලකර අභියාචනා කැඳවන අතර අභියාචනා මණ්ඩලයේ නිර්දේශ සලකා බලා සකස් කරනු ලබන ස්ථාන මාරු නියෝග සහිත අවසාන ලේඛනය කටයුතු අවසන් කල පසු යථා කාලේ දී [www.health.gov.lk](http://www.health.gov.lk) වෙබ් අඩවියේ පලකිරීමට නියමිතය.එසේම එක් එක් රෝහලට අදාල ස්ථාන මාරු නියෝග අදාල ආයතන ප්‍රධානීන් වෙත ලිඛිතව දැනුම් දෙනු ඇත. එතෙක් ස්ථාන මාරු සම්බන්ධව විමසීම් සඳහා මෙම අමාත්‍යාංශයට පැමිණීම අනවශ්‍ය බවද නිලධාරීන්ට දන්වන්නේ නම් මැනවි.

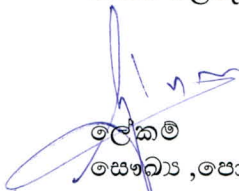
සැලකිය යුතුය.

ස්ථාන මාරු මණ්ඩලයේ නිර්දේශ හෝ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු නියෝග කිසිවෙකුටත් පෞද්ගලිකව දැනුම් දෙනු නොලැබේ .

06. මෙම නිවේදනයේ සඳහන් කරුණු ඔබ ආයතනයේ සෑම හෙද හෙදි නිලධාරියෙකුටම දැන්වීමට කටයුතු කරන්න.එසේම මේ වන විට ස්ථාන මාරු නියෝග ලබා තිබෙන නිලධාරීන්ගේ අයදුම්පත් නැවත එවීමට අවශ්‍ය නොවන බවද අදාල විෂය ලිපිකරුන් දැනුවත් කිරීමට කටයුතු කරන්න.මෙහි සඳහන් නොවන ස්ථාන මාරු සම්බන්ධව බලපාන වෙනත් කරුණු සම්බන්ධයෙන් ආයතන සංග්‍රහය හා රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා කාර්ය පටිපාටික රීති සංග්‍රහය ප්‍රකාරව අවසන් තීරණය මා විසින් ගනු ලබන බවත් සඳහන් කරමි .මෙම චක්‍රලේඛයේ සිංහල හා ඉංග්‍රීසි භාෂා අතර අනනුකූලතාවයක් ඇතිවුවහොත් සිංහල පාඨය බලපැවැත්වේ .

**වසන්තා පෙරේරා**

ලේකම්  
**සෞඛ්‍ය, පෝෂණ හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය**  
**"සුවසිරිපාය"**  
**385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,**  
**කොළඹ 10.**



ලේකම්  
 සෞඛ්‍ය ,පෝෂණ හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය

පිටපත්

- |                                  |   |          |
|----------------------------------|---|----------|
| 1. සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ ජනරාල්   | - | දැ.ගැ.පි |
| 2. නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල්වරුන් | - | දැ.ගැ.පි |
| 3. අධ්‍යක්ෂවරුන්                 | - | දැ.ගැ.පි |
| 4. වෘත්තීය සමිති                 | - | දැ.ගැ.පි |

හෙද සේවයේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු සඳහා අයදුම් පත්‍රය.2018/2019

තනතුර හා ශ්‍රේණිය :-

(අ) නිලධාරියාගේ පෞද්ගලික තොරතුරු

01. නිලධාරියාගේ/නිලධාරිණියගේ සම්පූර්ණ නම - .....

02. මූලකුරු සමඟ නම - .....

03. මූලකුරු සමඟ නම (ඉංග්‍රීසියෙන් )

04. උපන් දිනය-	05. වයස අවු: මාස: දින:	06. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය	07. ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය
08. ස්ථීර ලිපිනය	09.තාවකාලික ලිපිනය	10.දුරකතන අංකය	11. විවාහක / අවිවාහක බව
		කාර්යාලිය-	
		පෞද්ගලික-	
12.කාලක්‍රයාගේ නම		13.කාලක්‍රයාගේ රැකියාව හා සේවා ස්ථානය	

14.දැරුවන් පිලිබඳ විස්තර

නම	වයස	ඉගෙනුම ලබන පාසැල

15. හෙද සේවයේ පූර්ව සේවා ස්ථාන පිලිබඳ විස්තර (වර්තමාන ස්ථානයද ඇතුළත්ව)

සේවය කළ රෝහල/ආයතනය	සේවා කාලය (සිට - දක්වා)

16. ස්ථාන මාරු ඉල්ලීම පිලිබඳ තොරතුරු

සේවා ස්ථානය	සේවා ස්ථානය පිහිටි නගරය(පළාතට අයත් රෝහලක් නම් අදාල පළාත් සභාව සඳහන් කරන්න)
I	
II	
III	

17. ස්ථාන මාරු ඉල්ලුම් කිරීමට හේතුව (උක්ත මනාප සම්බන්ධයෙනි)

.....  
.....  
.....  
.....

ඉහත සඳහන් කර ඇති සියළුම තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි.

.....  
දිනය  
නිලධාරියාගේ අත්සන

(ආ) විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරියාගේ නිර්දේශය.

අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව, නිලධාරියා /නිලධාරියා මුදා හැරීම නිර්දේශ කරමි./නොකරමි.

.....  
දිනය  
අත්සන

(ඇ) ආයතනික තොරතුරු

18. මුල් පත්වීමේ දිනය :-..... සිසු හෙද පුහුණුව ලත් කණ්ඩායම :-.....  
විභාග අංකය :-..... කුසලතා අංකය :-.....

19. සේවය ස්ථිර කර ඇති /නැති බව :-.....

20. වර්තමාන සේවා ස්ථානයට වාර්තා කළ දිනය :-.....

21. වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ සේවා කාලය (2019.05.24 දිනට):-.....

22. නිලධාරියා/නිලධාරියා සම්බන්ධයෙන් විනය ක්‍රියාමාර්ගයක් ගෙන තිබේද?.....

එසේ නම් , යොමු අංකය හා දිනය සඳහන් කරන්න.

..... මයා /මිය /මෙය ගේ පෞද්ගලික ලිපි ගොනුව අනුව අංක 01 සිට 15 දක්වා ඇති සියළු තොරතුරු ද, අංක 18 සිට 22 දක්වා මා විසින් සපයන ලද තොරතුරු නිවැරදි බවට සහතික කරමි. එසේම මෙම නිලධාරියා/නිලධාරියා මෙම රෝහලින් ස්ථාන මාරු කිරීම සම්බන්ධව මීට පෙර ස්ථාන මාරු නියෝගයක් ලබා නොමැති බවද සහතික කරමි.

.....  
දිනය  
විෂය භාර කළමනාකණ සහකාර  
නිලධාරියාගේ අත්සන

(ඇ) පරිපාලන නිලධාරී/රෝහල් ලේකම්ගේ නිර්දේශය .

..... මයා /මිය/මෙය ගේ පෞද්ගලික ලිපි ගොනුව අනුව අංක 01 සිට 15 දක්වා ඇති සියළු තොරතුරුද , අංක 18 සිට 22 දක්වා විෂය ලිපිකරුවන් විසින් සපයන ලද තොරතුරුද නිවැරදි බවට සහතික කරමි.එසේම මෙම නිලධාරියා /නිලධාරිනිය මෙම රෝහලින් ස්ථාන මාරු කිරීම් සම්බන්ධව මීට පෙර ස්ථාන මාරු නියෝගයක් ලබා නොමැති බවද සහතික කරමි.ඒ අනුව අයදුම්පත නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.

.....  
දිනය

.....  
අත්සන

(ඉ) ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය

පෞද්ගලික ලිපි ගොනුව අනුව අයදුම්පතෙහි අංක 1 සිට 15 දක්වාත් 18 සිට 22 දක්වාත් සඳහන් කර ඇති කරුණු නිවැරදි බව මින් සහතික කරමි.

මෙම නිලධාරියා /නිලධාරිනිය මෙම රෝහලින් ස්ථාන මාරු කිරීම් සම්බන්ධව මීට පෙර ස්ථාන මාරු නියෝගයක් ලබා නොමැති බව සහතික කරන අතර උක්ත නම සඳහන් නිලධාරියාගේ ස්ථාන මාරු ඉල්ලීම , අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව / රහිතව / පසුව ලබා දීමේ පදනම මත නිර්දේශ කරමි.

.....  
දිනය

.....  
ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

අංක 10 පරිශීෂ්ටය  
(143 වගන්තිය)

ලිපිනය .....  
.....  
.....  
දිනය .....

(දෙපාර්තමේන්තු / ආයතන ප්‍රධාන ) මගින්

.....

(පත්කිරීමේ නිලධාරියා )

.....

.....හි ..... තනතුරෙහි සේවය සඳහා  
රජයේ සේවයෙන් ස්ථිරව / තාවකාලිකව මුදා හරින ලෙස ඉල්ලීම.

1. රජයේ නිලධාරියා පිළිබඳ විස්තරය

1.1 .සම්පූර්ණ නම -.....

1.2 .අයත්වන සේවය - ..... පන්තිය ..... ශ්‍රේණිය .....

1.3 .තනතුර - .....

1.4 .සේවා ස්ථානය - .....

1.5 .දෙපාර්තමේන්තුව/ ආයතනය - .....

1.6 .අමාත්‍යාංශය - .....

1.7 .රජයේ සේවයේ ස්ථිර කළ දිනය - .....

1.8 .ඉල්ලීම ඉදිරිපත් කරන දිනට වයස - අවු ..... මාස..... දින.....

1.9 .ඉල්ලීම කරන දිනය වන විට අදාළ සියලු කාර්යක්ෂමතා කඩයිම් / දෙපාර්තමේන්තු පරීක්ෂණ වලින්  
සමත්ව ඇති/ නැති බව -.....

1.10 .දරමින් සිටින තනතුරේ රාජකාරී ඉටු කිරීම සඳහා විශේෂ පුහුණුවක් ලබා ඇත්නම් ඒ පිළිබඳ  
විස්තර.....

.....

.....

1.1. අනිවාර්ය සේවා කාලයක් සඳහා රජය සමඟ ගිවිසුමකට බැඳී සිටි නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර .....

.....

.....

1.12. මෙයට පෙර රජයේ සේවයෙන් තාවකාලිකව මුදා හැර තිබූ අවස්ථා පිළිබඳ විස්තර

ආයතනය	තනතුර	කාල පරිච්ඡේදය	අවුරුදු	මාස
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

2. මුදා හැරීමෙන් පසු නිලධාරියා සේවයෙහි නියැලීමට අපේක්ෂිත තනතුර

2.1. ආයතනය - .....

2.2. අමාත්‍යාංශය - .....

2.3. වෘත්තීය සමිති / සුභසාධක සංගමය - .....

2.4. තනතුර - .....

2.5. මුදා හැරීම ඉල්ලා සිටින්නේ ස්ථිරවද , තාවකාලිකවද , යන වග - .....

2.6. තාවකාලිකව නම් කොපමණ කාලයකටද යන වග - .....

2.7. තනතුරේ රාජකාරි භාරගැනීමට අපේක්ෂිත දිනය - .....

3. මා ..... හි ..... තනතුරට පත් කිරීමට කැමැත්තක් ප්‍රකාශ කරමින්  
..... විසින් නිකුත් කළ ලිපිය මේ සමඟ ඉදිරිපත් කරමි

4. මා ..... වෘත්තීය සමිතියේ / ..... සුභ  
සාධක සංගමයේ ..... තනතුරට තෝරා ගත් බවත් , එහි කටයුතු සඳහා මා රාජ්‍ය  
සේවයෙන් තාවකාලිකව මුදා ගැනීම අවශ්‍ය බවත් ප්‍රකාශිත එම සංගමයේ .....  
රැස්වීම වාර්තාවේ සහතික කළ පිටපතක් මේ සමඟ ඉදිරිපත් කරමි .

5. ඉහතින් දක්වා ඇති කරුණු සත්‍ය බව මම සහතික කරමි. රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා කාර්ය පටිපාටික රීති I වන  
කාණ්ඩයේ 143 වගන්ති ප්‍රකාරව මෙම ඉල්ලීම කාරුණිකව ඉදිරිපත් කරමි.

ඒ අනුව ..... හි ..... තනතුරෙහි සේවය සඳහා මම රජයේ  
සේවයෙන් ස්ථිරව / තාවකාලිකව මුදා හරින ලෙස කාරුණිකව ඉල්ලමි.

.....  
නිලධාරියාගේ අත්සන



(වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අංක 01 ආකෘති පත්‍රය)

වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් උප ලේඛණය - 2018 /2019

ආයතනයේ නම - .....

අනු අංකය	නිලධාරියාගේ නම	ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය	ශ්‍රේණිය	මුල් පත්වීමේ දිනය	ඔබ ආයතනයට පත් වූ දිනය	ස්ථාන මාරු අපේක්ෂිත ස්ථානය	කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා

සුදුසුකම් සපුරා ස්ථාන මාරු ඉල්ලා ඇති සියලුම නිලධාරීන්ගේ ඉල්ලුම්පත් මෙම උපලේඛනයට ඇතුළත් කර ඇති බව සහතික කරමි .

සකස් කළේ-

අත්සන - .....

නම - .....

දිනය - .....

පරීක්ෂා කළේ -

අත්සන - .....

නම - .....

දිනය - .....

.....

ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

දුරකථන ) 0112669192 , 0112675011  
தொலைபேசி ) 0112698507 , 0112694033  
Telephone ) 0112675449 , 0112675280

ෆැක්ස් ) 0112693866  
பெக்ஸ் ) 0112693869  
Fax ) 0112692913

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

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



සුවසිරිපාය  
சுவசிரிபாய

SUWASIRIPAYA

සෞඛ්‍ය, පෝෂණ සහ දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය  
சுகாதார, போசணமற்றும் சுதேசவையத்தியஅமைச்சு  
Ministry of Health, Nutrition & Indigenous Medicine

මගේ අංකය )  
எனது இல )  
My No. ) NA/06/T/23/2018/உ.சீ.உ

ඔබේ අංකය )  
உமது இல )  
Your No. : )

දිනය )  
திகதி ) 2019.05. 07  
Date )

Circular No: 02-72/2019

Deputy Director General (National Hospital of Sir Lanka)  
All Directors of Teaching Hospital /General Hospitals  
All Heads of Base Hospitals /Specialized Institutions  
All Heads of Institutions under the Line Ministry

Annual Transfers of Nursing Officers-2018/2019

- Applications for transfers are called for 2018 from all Nursing Officers in Grade III, Grade II, and Grade I and Supra Grade who seek transfers are serving in all hospitals and institutions under the Line Ministry. Nursing officers In Grade 1 (Hospital Services /Public Health /Education) and Nursing Officers in special grade (Hospital/ Services/ Public Health/ Education) are not eligible to apply for transfers in terms of this circular. Application will be called separately from the officers in the above posts.
- Officers who have satisfied the following qualifications are eligible to apply for transfers and they are required to apply for transfers according to the form given in Annexure 01.
  - Should have completed a continuous service period of four (4) years in the present service station as at the closing date of applications.
  - Officers serving in Apeksha Hospital- Maharagama, National Institute of Mental Health, Chest Hospital, Welisara and National Institute of Infectious Diseases (NIID) should have completed a service period of 02 years as at the closing date of applications.

03. Method of Application

- Only the applications which are in compliance with the given format will be considered in grant of transfers. Further, officers who have not received transfers are also required to submit transfer applications in terms of this circular.
- Annual transfer orders of all Nursing Officers other than the transfers of Nursing Officers for whom replacements were provided from the Batch 2014B through the letter of My No. NA/05/67/2019 dated 07.02.2019 will stand cancelled on the date this circular is issued. Hereafter, only the officers whose names are in this transfer list are provided replacements. Therefore all other officers are required to apply for transfers in terms of this circular.

- III. Heads of Institutions should ensure that accurate and complete information in respect of every officer is furnished. And arrangements should be made to inform the provisions of this circular to all Nursing Officers (including the officers who are on maternity leave and special leave) of the institution. Where any false information is provided or eligible officers are deprived of their opportunity to apply and there by causes any convenience respective Heads of the Institutions will be held responsible but not the Ministry of Health.
- IV. All transfer applications should be forwarded along with the recommendations of the Head of Institution through a covering letter under registered cover or arrangements should be made to hand them. On no reason applications submitted in person will be accepted. Every institution should forward the perfected transfer applications which are in line with Annexure I together with the Form No. 01. Every application which is not in line with this notification will be rejected without any notice.
- V. Officers who seek attachments in the Provincial Public Service and against whom there are no disciplinary proceedings should perfect the Appendix 10 of the Procedural Rules of the Public Service Commission (Annexure 02) and submit it along with the transfer application. And with the applications of the officers who have not been confirmed in the service a certified true copy of the results sheets of the G.C.E. (O/L) Examination verified by the Department of Examinations should be attached. In respect of the officers who have been confirmed in the service a copy of the letter of confirmation should also be attached.
- VI. It is stressed that the closing date of applications is 24.05.2019 and applications received after the above date will not be accepted.

04. N.B.

- I. No section in this circular implies that all who submits transfer applications in terms of this circular are granted transfers and it should not be understood so.
- II. Under this circular annual transfers are not granted to Teaching Hospital, Kurunegala, Teaching Hospital, Kegalle and Dental Institute, Maharagama
- III. Applicants should note that requests for hospitals where there are no vacancies at the time of considering the applications and the requests for hospitals for which transfers have been called specially will not be considered.
- IV. Applications received are referred to a Transfer Board for grant of transfers. And, the seniority list will be prepared based on the date the officers who complete the qualifications given under No.02 as at 24.05.2019 reported to the present service station. In case the appointment date of the officers is same seniority list will be prepared based on the island merit order of the final year examination of the Student Nurse's Training.
- V. Main object of Human Resource Management is to maintain patient care services up to date. Therefore requests of officers for institutions with service exigency where vacancies are available will be considered. However, it is stressed that officers will not be released without replacements as the patient care services of hospitals are affected.
- VI. Eligible officers who have requested to release them permanently to the hospitals which are under the Provincial Councils will be granted transfer orders if vacancies are available in the respective Provincial Council. However. Until the consent of the Provincial Councils to accommodate the officers is obtained and informed to the Heads of Institutions no officer should be released.

05. Name list for the year 2018 which indicates the Annual Transfer Board recommendation will be published on the website [www.health.gov.lk](http://www.health.gov.lk) and appeals will be called. After finalizing the final list consisting of transfer orders will be prepared considering the recommendations of the Appeal Board and published on the website [www.health.gov.lk](http://www.health.gov.lk) in due course. Transfer orders of each hospital will be informed in writing to the respective Head of Institution. You may kindly inform the officers not to visit the Ministry until then to make enquiries in respect of transfers.

N.B.

Recommendations of the transfer Board or Annual Transfer Orders will not personally be informed.

06. Please make arrangements to bring the contents of this notification to the notice of all officers of your institution and inform relevant subject clerks that it is not necessary to forward applications in respect of officers who have already been granted transfer orders. Other matters in respect of transfers which are not mentioned herein will finally be decided by me as per the Establishments Code and Procedural Rules of the Public Service Commission. In the event of any inconsistency between the texts in Sinhala, Tamil and English language the Sinhala text shall prevail.

**Wasantha Perera**

Secretary

**Ministry of Health, Nutrition & Indigenous Medicine  
"Suwasiripaya"  
385, Rev. Baddegama Wimalawansa Thero Mawatha,  
Colombo 10.**

Secretary

Ministry of Health, Nutrition and Indigenous Medicine

Copies:

01. Director General of Health Services- For information
02. Deputy Director Generals – For information
03. Directors – For information
04. Trade Unions – For information

---

**Application for Annual Transfers of Nursing Service**

## Application for Annual Transfers of Nursing Service

Post and Grade

(a) Personal information of the officer

01. Full name of the officer :

02. Name with initials :

03. Name with Initials (In English) :

04. Date of Birth	05. Age Years:      Months: Days:	06. National Identity Card No.	07. Gender (Female/ Male)
08. Permanent Address: ..... ..... ..... .....	09. Tempoary Address ..... ..... ..... .....	10. Telephone No: Office-  Personal-	11. Marital Status
12. Name of the Spouse	13. Occupation and work place of the spouse		

14. Particulars of Children

Name	Age	Schools Attending

15. Particulars of previous service stations in Nursing Service

Hospital/ Institution Served	Service Period (From –To)

16. Particulars of request made for transfer

Service Station	Town where the service station is located (If a Hospital under Provincial Council mention the relevant Provincial Council)
I	
II	
III	

17. Reason for applying for transfer (regarding above options)

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

I hereby declare that all particulars given above are true and correct.

.....  
 Date Signature of the Officer

(b). Recommendation of the Nursing officer in Special Grade

I recommend/do not recommend to release the officer with/without a replacement.

.....  
 Date Signature

(c) Service Particulars

18. First appointment date-..... Student Nurses Training Batch-  
 .....

Index No-..... Merit No.....

19. Whether the officer has/has not been confirmed in the service-
20. Date reported to the present service station-
21. Service period at the present service station (as at 24.05.2019)-
22. Has any disciplinary action been taken against the officer?

(If taken, mention the reference no. and date)

I hereby certify that the particulars provided from No 01. To No.15 and the particulars provided by me from No. 18 to No. 22 are correct according to the personal file of Mr./Mrs./Miss-

.....  
Further, I, certify that the officer concerned has not received any transfer order previously to transfer from this hospital.

.....  
Date

.....  
Signature of the Management  
Assistant in charge of the Subject

(d). Recommendation of the Head of the Institution

I hereby certify that the particulars provided in the application from No.01 to No. 15 and No 18 to No 22 are correct according to the personal file.

And, I certify that the officer has not been granted a transfer order previously to transfer from this hospital. Request of the officer for transfer is recommended with/without a replacement or on the basis of providing a replacement on a later occasion.

.....  
Date

.....  
Signature and Official Stamp of the Head  
of the Institution

APPENDIX 10  
(Section 143)

Address: .....  
.....  
Date: .....

(Appointing Authority)

.....  
Through(Head of Department/Institution)

.....  
Request for permeate/temporary release from the public Service for Service in the post of  
..... in the.....

1.Particulars of the officer

1.1 Full Name : .....

1.2 Service : ..... class: ..... Grade:  
.....

1.3 Destination : .....

1.4 Station: .....

1.5 Department/Institution: .....

1.6 Ministry: .....

1.7 The date on the which the officer was confirmed in the Public Service :  
.....

1.8 Age as at the date of request: Years : ..... Months : ..... Date :  
.....

1.9 Whether or not the officer has passed all relevant efficiency bars / departmental tests by the date  
the request is made :

1.10 . If the officer has revived special training for discharging the duties of his present post , please  
give details.

.....  
.....  
.....

1.11 If the officer is under bond with the Government for a compulsory period of service , please give  
details.

.....  
.....  
.....

1.12 Details of previous temporary releases from the Public Service.

Institution	Destination	Period	Years	Months
.....	.....	from ..... to .....	.....	.....
.....	.....	from ..... to .....	.....	.....
.....	.....	from ..... to .....	.....	.....



2. The post which the officer expected to serve after release.

2.1 Institution :

2.2 Ministry :

2.3 Trade Union/Welfare Union :

2.4 Post :

2.5 Whether the request is for permanent or temporary release :

2.6 If temporary, for how long :

2.7 The proposed date of assumption of duties in the post :

3. I attach hereto a letter issued by.....expressing willingness to appoint me to the post of in the .....

I attach hereto a certified copy of the minutes of the ..... Trade union / welfare union stating that I have been selected for the post of ..... in the said union and that it is necessary to get me temporarily released from the Public Service for in the said post. I also attached here to details about the number of members register in the said union and a copy of the approved constitution.

04. I certify that the matters sated by me above are true. This request is submitted in terms of selection 143 of the procedural rules of public commission. Accordingly I request that I be permanently / temporally release form the public service for services in post of ..... In the ..... department / institution

.....  
Signature of the Officer

**Schedule of Annual Transfer Applications -2018**

.....

Name of the Institution

Serial No.	Name Of the Officer	National Identity Card No.	Grade	Date of first appointment	Date of appointment to your institution	Place willing to be transferred	For office use

I hereby certify that applications of all eligible officers who have applied for transfers are included in this schedule.

Prepared by:

Signature:

Name:

Date:

Checked By:

Signature:

Name:

Date:

.....

Signature and Official Stamp of the Head of Institution