

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)



සුවසිරිපාය
 சுவசிரிபாய
 SUWASIRIPAYA

මගේ අංකය) NA/06/T/23/2018/
 වා. ස්. මා)
 எனது இல)
 My No.)
 ඔබේ අංකය)
 உமது இல)
 Your No. :)
 දිනය)
 திகதி) 2020.01.21
 Date)

සෞඛ්‍ය සහ දේශීය වෛද්‍ය සේවා අමාත්‍යාංශය
 சுகாதார மற்றும் சுதேச வைத்திய சேவைகள் அமைச்சு
 Ministry of Health & Indigenous Medical Services

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.

හෙද /හෙදි නිලධාරීන්ගේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු -2018 -2019 - අභියාචනා කැඳවීම

හෙද/හෙදි නිලධාරීන්ගේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ලබා දීමට අදාළව නිකුත් කරන ලද අංක 02-72/2019, 01- 47/2019 හා 2019.05.07 හා 2019.07.26 දිනැති ස්ථාන මාරු චක්‍රලේඛ හා බැඳේ.

02. ඒ අනුව, නියමිත දිනට වක්‍රලේඛ පරිදි ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කරන ලද හෙද නිලධාරීන් අතරින් මාරු මණ්ඩලය හරහා ස්ථාන මාරු නිර්දේශ වී ඇති හෙද නිලධාරීන්ගේ හා නිර්දේශ වී නොමැති හෙද නිලධාරීන්ගේ කොරතුරු ඇතුළත් නාම ලේඛනය මේ සමඟ වේ.

03. වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ සේවා කාලය 2019.05.24 දිනට වසර 04 ක් සම්පූර්ණ කරන ලද නිලධාරීන්ගේ හා අපේක්ෂා රෝහල ,ජාතික බෝවන රෝග විද්‍යායතනය අංගොඩ ,ජාතික මානසික සෞඛ්‍ය විද්‍යායතනය හා වැලිසර ළය රෝහල යන සේවා ස්ථානවල 2019.05.24 දිනට වසර 02 ක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කරන ලද නිලධාරීන්ගේ සහ උතුරු නැගෙනහිර පළාත් වල රේඛීය අමාත්‍යාංශයට අයත් රෝහල්හි 2019.08.09 දිනට වසර 02 ක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කරන ලද නිලධාරීන්ගේ වර්තමාන රෝහලට පැමිණි දිනට ජ්‍යෙෂ්ඨත්වය සලකා ස්ථාන මාරු නිර්දේශ ලබා දෙන ලදී.

04. මෙම ස්ථාන මාරු ලේඛනයේ නිර්දේශය යටතේ “නිර්දේශ කරමු” ලෙස සඳහන් කර ඇත්තේ ස්ථාන මාරු ලබාදීමට ස්ථාන මාරු මණ්ඩලයේ නිර්දේශ ලැබී ඇති අයට වන අතර “ පළාත් එකඟතාවය ලබා ගැනීමට යටත්ව නිර්දේශ කරමු” ලෙස සඳහන්ව ඇති අයට ස්ථාන මාරු සඳහා පළාත් අනුමැතිය ලැබීම මත ස්ථාන මාරුව ක්‍රියාත්මක කරනු ලැබේ.

05. මෙම ස්ථාන මාරු යෝජනා සම්බන්ධව යම් පාර්ශවයකට විරෝධතා හෝ නිවැරදි කිරීම් හෝ අභියාචනා හෝ පවතී නම් එම විරෝධතා /නිවැරදි කිරීම් හා අභියාචනා 2020.02.05 දිනට පෙර ආයතන ප්‍රධානියා මගින් අධ්‍යක්ෂ (පාලන) 01 , සෞඛ්‍ය, සහ දේශීය වෛද්‍ය සේවා අමාත්‍යාංශය, සුවසිරිපාය ,කොළඹ 10 යන ලිපිනයට ඇමුණුම 01 හි සඳහන් අභියාචනා අයදුම්පත්‍රය අනුව සම්පූර්ණ කර එවීමට කටයුතු කරන මෙන් වැඩිදුරටත් දන්වමි.

06. අදාළ අභියාචනා /විරෝධතා හා නිවැරදි කිරීම් සම්බන්ධව ස්ථාන මාරු සමාලෝචන කමිටුවේ නිර්දේශ ද සැලකිල්ලට ගෙන 2018/2019 වාර්ෂික ස්ථාන මාරු නියෝග ඇතුළත් අවසන් ලේඛනය නිකුත් කරනු ලැබේ.

07. එම ලේඛනය සෞඛ්‍ය, සහ දේශීය වෛද්‍ය සේවා අමාත්‍යාංශ වෙබ් අඩවියෙහි (www.health.gov.lk) පළ කරනු ලබන අතර ,අභියාචනා/විරෝධතා හා නිවැරදි කිරීම් සම්බන්ධ තීරණය , පෞද්ගලිකව කිසිම නිලධාරියෙකුට දැනුම් දෙනු නොලැබේ.

ආර්. පී. එන්. ආර්. කේ. රාජපක්ෂ
 අධ්‍යක්ෂ (පාලන) 01
 ආර්. පී. එන්. ආර්. කේ. රාජපක්ෂ
 අධ්‍යක්ෂ (පාලන) 01
 සෞඛ්‍ය හා දේශීය වෛද්‍ය සේවා අමාත්‍යාංශය
 "සුවසිරිපාය"
 කොළඹ 10.
 අත්/කළේ - ලේකම්
 සෞඛ්‍ය, සහ දේශීය වෛද්‍ය සේවා අමාත්‍යාංශය

අභියාචනා ආකෘති පත්‍රය

හෙද/හෙදි නිලධාරීන්ගේ වාර්ෂික ස්ථානමාරු -2018/2019

නිලධාරියාගේ /නිලධාරිණියගේ පෞද්ගලික තොරතුරු

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

02. තනතුර හා ශ්‍රේණිය -

03. මූලකුරු සමඟ නම (ඉංග්‍රීසියෙන්)

04. මූලකුරු සමඟ නම (සිංහලෙන්)

05. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය -

06. දුරකතන අංකය -

07. ස්ථාන මාරු යෝජිත නාම ලේඛනයේ නම සඳහන් අනු අංකය -.....

08. දැනටමත් ලැබී ඇති ස්ථාන මාරු සම්බන්ධ යෝජිත තීරණය - නිර්දේශ කරමු /නිර්දේශ නොකරමු/ පළාත් අනුමැතියට යටත්ව නිර්දේශ කරමු / පුරප්පාඩු නැත.

09. අභියාචනා මගින් අපේක්ෂිත ඉල්ලීම -

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

10. එම ඉල්ලීම ඉදිරිපත් කිරීමට හේතුව (එය සනාථ කිරීමට අවශ්‍ය ලිපි ලේඛන අමුණා එවිය යුතුය.)

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

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

.....

දිනය

.....

නිලධාරියාගේ අත්සන

12. අභියාචනයේ සඳහන් කරුණු පිළිබඳව විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරියාගේ /නිලධාරිණියගේ සහතිකය.

.....
.....

.....
දිනය විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරියාගේ අත්සන

13. හෙද නිලධාරීන්ගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනු විෂය භාර කළමනාකාර සහකාර විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුය.

මෙහි සඳහන් කර ඇති 1,2,3,4,5,7,8,9 කරුණු නිවැරදි බවට සහතික කරන අතර ඉදිරිපත් කර ඇති අභියාචනයේ පිටපතක් පෞද්ගලික ලිපි ගොනුවේ ඇතුළත් කළ බව සහතික කරමි.

.....
දිනය හෙද නිලධාරීන්ගේ පෞද්ගලික ලිපි ගොනු විෂයභාර කළමනාකාර සහකාරගේ අත්සන

14. අභියාචනයේ සඳහන් කරුණු පිළිබඳව ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය -

(හෙද /හෙදි නිලධාරීන්ගේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ලබා දීමට අදාළව නිකුත් කරන ලද අංක 02-72/2019, 01-47/2019 හා 2019.05.07 හා 2019.07.26 දිනැති ස්ථාන මාරු චක්‍රලේඛ වල විධිවිධාන සපුරා නොමැති නිලධාරීන්ගේ අභියාචනා ආයතන ප්‍රධානීන් විසින් නිර්දේශ කරන්නේ නම් එයට පාදක වූ විශේෂිත හේතු ඉදිරිපත් කළ යුතුය. එසේම, පිළිගත හැකි හේතු මත අදාළ සුදුසුකම් සපුරන ලද මීට පෙර ස්ථාන මාරු ඉල්ලීමට නොහැකි වූ යම් නිලධාරියෙකුගේ ස්ථාන මාරු නිර්දේශ කරන්නේ නම් ඒ සමඟ විධිමත්ව සම්පූර්ණ කරන ලද ස්ථාන මාරු අයදුම්පතක් ද ඉදිරිපත් කළ යුතුය).

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

.....
දිනය ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව