

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

ෆැක්ස් ) 0112693866  
ෆැක්ස් ) 0112693869  
Fax Fax ) 0112692913

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

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



සුවසිරිපාය  
சுவசிரிபாய  
SUWASIRIPAYA

මගේ අංකය ) TRE/වාර්ෂික ස්ථාන මාරු/2  
எனது இல )  
My No. )

ඔබේ අංකය )  
உமது இல )  
Your No. )

දිනය ) 2023.06. 30  
திகதி )  
Date )

## සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය சுகாதார அமைச்சு Ministry of Health

රේඛීය අමාත්‍යාංශය යටතේ පාලනය වන ,  
සියළුම ආයතන ප්‍රධානීන් වෙත.


### සෞඛ්‍ය රියදුරු වාර්ෂික ස්ථාන මාරු -2023

රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා කාර්ය පටිපාටික රීති සංග්‍රහයේ 1 වැනි කාණ්ඩයේ XVIII වැනි පරිච්ඡේදයේ විධිවිධාන ප්‍රකාරව සෞඛ්‍ය රියදුරු සේවයේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු සඳහා අයදුම් පත් කැඳවනු ලැබේ. ඒ අනුව මේ සමඟ යොමුකර ඇති සෞඛ්‍ය රියදුරු වාර්ෂික ස්ථාන මාරු - 2023 අයදුම්පතෙහි ආකෘතියට අනුව ( ඇමුණුම-01) සම්පූර්ණ කරන ලද අයදුම්පත මා වෙත යොමු කරන ලෙසට සෞඛ්‍ය රියදුරු මහතුන් දැනුවත් කරන මෙන් කාරුණිකව දන්වමි.

02.රියදුරු මහතුන්ගෙන් ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් ආයතන ප්‍රධානියා විසින් ගෙන්වා ගෙන මේ සමඟ අමුණා ඇති ආකෘති පත්‍රය ( ඇමුණුම -2) සම්පූර්ණ කර සියළු අයදුම්පත් සමඟ 2023.06.30 දින සිට 2023.07.31 දින දක්වා කාල සීමාව තුළ ඉදිරිපත් කල යුතුය. එම කාලසීමාව තුළ ඉදිරිපත් කරන ලද අයදුම්පත් පමණක් ස්ථාන මාරු ක්‍රියා වලිය සඳහා වලංගු වන අතර මේ සම්බන්ධයෙන් අදාල අයදුම්කරුවන් දැනුවත් කරන මෙන් වැඩි දුරටත් කාරුණිකව දන්වමි.

03.මෙම අයදුම්පත් භාර ගැනීමේදී හා ඉදිරිපත් කිරීමේ දී පහත පරිදි කටයුතු කල යුතුය.

- ❖ ස්ථාන මාරු වීමක් සඳහා අයදුම්කිරීමට මුල් පත්වීමක් ලැබූ නිලධාරියෙක් නම් අඛණ්ඩව වසර 03ක් හෝ ඊට වැඩි කාලයක් තම සේවා ස්ථානය තුළ සේවය කර තිබිය යුතුය. මීට පෙර ස්ථාන මාරු ලැබූ නිලධාරියෙක් නම් අඛණ්ඩව වසර 02ක් හෝ ඊට වැඩි කාලයක් තම සේවා ස්ථානය තුළ සේවය කර තිබිය යුතුය.
- ❖ වසර 05කට වැඩි කාලයක් එකම සේවා ස්ථානයක සේවය කර ඇති සියළුම නිලධාරීන් මෙම ස්ථාන මාරු වීම් සඳහා අයදුම්කල යුතුය.
- ❖ අයදුම්පත් කැඳවීමේ අවසන් දිනය වන විට ඉදිරිපත් කර ඇති සියළුම ස්ථාන මාරු වීම් අයදුම්පත් විෂය නිලධාරීන් මාර්ගයෙන් ලබා ගෙන ඒවායේ තොරතුරු ඇමුණුම 02 සඳහන් ආකෘතියට අනුව EXCEL SHEET එකක ඇතුළත් කල යුතුය. මෙහිදී කොලම්ප් වල පිලිවෙල වෙනස් නොකල යුතුය.මේ සඳහා ISKOOLAPOTA FONT එක භාවිතා කල යුතුය. ඇමුණුම 02 හි එක් රියදුරු මහතෙකුගේ සියළු විස්තර සඳහා එක් පේලියක් පමණක් භාවිතා කල යුතුය. ඔබ විසින් සකස් කරන ලද දෘඩ පිටපත හා මෘදු පිටපත අධ්‍යක්ෂ ප්‍රවාහන වෙත ගෙනවිත් බාර දිය යුතුය.
- ❖ ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් අදාල රෝහල හෝ ආයතනය මගින් පමණක් ඉදිරිපත් කල යුතු අතර තනි තනි රියදුරන් වෙන් වෙන් වශයෙන් ගෙනවිත් බාර දෙන අයදුම්පත් ස්ථාන මාරු මණ්ඩලය වෙත ඉදිරිපත් නොකරන බවද වැඩිදුරටත් දන්වමි.
- ❖ මේ සම්බන්ධයෙන් යම් තොරතුරක් දැන ගැනීමට අවශ්‍ය වේ නම් 0112-675280- 0112-669192 දුරකථන අංක අමතා අධ්‍යක්ෂ ප්‍රවාහන වෙතින් ලබා ගන්නා මෙන්ද වැඩිදුරටත් කාරුණිකව දන්වමි.

  
ශ්‍රීතාමසී සී. කරුණාරත්න  
අතිරේක ලේකම් ( පාලන ) 01

ශ්‍රීතාමසී සී. කරුණාරත්න  
අතිරේක ලේකම්(පාලන-1)  
සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය  
සුවසිරිපාය  
කොළඹ 10.

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය

වාර්ෂික රියදුරු ස්ථාන මාරු අයදුම්පත්‍රය -2023

1. 1.1 නිලධාරියාගේ නම :.....
- 1.2 සම්පූර්ණ නම :.....
- 1.3 ස්ථීර පත්වීම් දිනය
2. වර්තමාන නිලතාමය සහ ශ්‍රේණිය සහ තනතුරු-.....
03. එම ශ්‍රේණියට පත් වූ දිනය-.....
4. උපන් දිනය වර්ෂය ..... මාසය ..... දිනය .....
- 2023.06.30 දිනට වයස අවුරුදු ..... මාස ..... දින .....
- 5 ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :.....
- 6 දුරකථන අංකය :ජංගම .....
- :නිවස .....
7. පදිංචි දිස්ත්‍රික්කය .....
8. විවාහක / අවිවාහක බව .....
9. භාෂා ප්‍රවීණතා මට්ටම .....
10. විශේෂ පුහුණු තිබෙනම් විස්තර .....
11. කාලාත්‍රයා පිළිබඳ තොරතුරු
  1. කාලාත්‍රයාගේ නම .....
  2. වෘත්තීය / තනතුර .....
  3. උපන් දිනය හා ජා.හැ.පත් අංකය .....
12. දරුවන් පිළිබඳ විස්තර

නම	වයස	රැකියාව හෝ පාසල යන වග

13.. දැනට සේවය කර ඇති සේවා ස්ථාන පිළිවෙලින් වර්තමාන සේවා ස්ථානය අගට සිටින සේ සඳහන් කරන්න

අංකය	සේවා ස්ථානය	කාලය

14. වඩාත් කැමති සේවා ස්ථාන (ස්ථාන මාරු අපේක්ෂා නොකරන අය විසින් වර්තමාන සේවා ස්ථානය පළමු මනාපය සේ දැක්විය යුතු ය. මනාපය අනුපිළිවෙළින් සේවා ස්ථාන 06 ක් දැක්වීම අනිවාර්යය)

අනු අංකය	සේවා කිරීමට කැමති සේවා ස්ථාන
01.	
02.	
03.	
04.	
05.	
06.	

15. ඉල්ලුම් කිරීමට හේතු:.....

16. වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ මාරු කිරීමට විරුද්ධව විශේෂ හේතු ඇත්නම් ඒ කවරේ ද යන්න සටහන් කරන්න:

ඉහත තොරතුරු සත්‍ය බවත් නැවැරදිව බවත් මින සහතික කරමි.

.....

දිනය

ඉල්ලුම්කරුගේ නම

ආයතන ප්‍රධානියා/කාර්යාල නිලධාරියා විසින් පිරිවිය යුතුය.

(අ) ස්ථාන මාරු වීම් නිර්දේශ කරමි/නොකරමි

(ආ) අයදුම්පතේ 1,2,3,4 හා 11 හි සඳහන් කරුණු නිවැරදි බව මෙයින් සහතික කරමි.

(ඇ) අනුප්‍රාප්තිකයෙකු රහිතව ඉල්ලුම්කරු මුදාහැරිය හැකිය. / මුදා හැරිය නොහැකිය.

.....

දිනය

ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන නිල මුද්‍රාව

විමධ්‍යගත කොට්ඨාස ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය

.....

දිනය

අත්සන හා නිල මුද්‍රාව



