

පොදු වකුලේඛ ලිපි අංක: 02-35/2017

මගේ අංකය : ETR/J/DPAHP/11/2016
නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (අපු. පර්) කාර්යාලය
සෞඛ්‍ය, පෝෂණ හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය
අංක 385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත
කොළඹ 10

2017.02 09,

පළාත් සෞඛ්‍ය ලේකම්වරුන්
පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂවරුන්
ප්‍රාදේශීය සේවා අධ්‍යක්ෂවරුන්
විමධ්‍යගත අංශ / විශේෂිත ව්‍යාපාර ප්‍රධානීන්
රේඛීය අමාත්‍යාංශ යටතේ පාලනය වන රෝහල් අධ්‍යක්ෂවරුන් හා ආයතන ප්‍රධානීන්

කොළඹ විශ්ව විද්‍යාලය මගින් පවත්වනු ලබන හෞත විකිත්සක උපාධි පාඨමාලාව හැදෑරීම සඳහා නිලධාරීන් බඳවා ගැනීම 2016 - නැවත දැනුම්දීම

1. කොළඹ විශ්ව විද්‍යාලය මගින් පවත්වනු ලබන හෞත විකිත්සක උපාධි පාඨමාලාව හැදෑරීම සඳහා රේඛීය අමාත්‍යාංශය/පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය යටතේ සේවයේ නියුතු නිලධාරීන්ගෙන් අයදුම්පත් කැඳවනු ලැබේ.
2. ඇතුළත්වීමේ සුදුසුකම්
 - අදාළ තනතුරෙහි ඩිප්ලෝමාධාරියෙකු වීම. සහ ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවෙහි ලියාපදිංචි වී තිබීම අනිවාර්යය වේ.
 - රාජ්‍ය සේවයෙහි අවම වශයෙන් වසර 05 ක සේවා කාලයක් සපුරා තිබීම.
 - අයදුම්පත් භාරගන්නා අවසන් දිනය වන විට වයස අවුරුදු 48 ට නොවැඩි වීම.
 - අවම වශයෙන් අපො.ස. (උ/පෙළ) විභාගයේදී විෂයයන් 03 ක් එක් වරකදී සමත්ව තිබීම.
 - අවම වශයෙන් අපො.ස. (සා/පෙළ) විභාගයේදී ඉංග්‍රීසි විෂයය සඳහා සම්මාන සාමාජිකයන් (C) ලබා තිබීම.
 - තෝරාගත් අධ්‍යයන ක්ෂේත්‍රය සඳහා සුදුසු ශාරීරික හා මානසික යෝග්‍යතාවයකින් යුක්ත වීම.
 - ජේරාදේශීය විශ්ව විද්‍යාලය මගින් පවත්වනු ලබන අභියෝගනා සහ සම්මුඛ පරීක්ෂණය මත පදනම්ව තෝරා ගැනීම සිදුවේ.

3. අයදුම්පත්‍ර

මේ සමඟ අමුණා ඇති ආකෘති පත්‍රයට අනුව සකස් කරන ලද අයදුම්පත් රේඛීය අමාත්‍යාංශ ආයතනවල නම් ආයතන ප්‍රධානියා විසින්ද, පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ නම් දිස්ත්‍රික් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ, පළාත් සෞඛ්‍ය අධ්‍යක්ෂ විසින් ද නිසි පරිදි සහතික කර ආයතන ප්‍රධානියා / පළාත් සෞඛ්‍ය අධ්‍යක්ෂ මගින් 2017 මාර්තු 05 දින හෝ ඊට පෙර නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (අධ්‍යාපන, පුහුණු හා පර්යේෂණ), සුවසිරිපාය, නො. 385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත, කොළඹ 10 වෙත ලැබෙන සේ ලියාපදිංචි තැපෑලෙන් එවිය යුතුය. අසම්පූර්ණ හෝ නියමිත දිනට පසුව ලැබෙන අයදුම්පත් ප්‍රතික්ෂේප කරනු ලැබේ. බහාලන ලියුම් කවරයේ ඉහළ වම් කෙළවරේ “කොළඹ විශ්ව විද්‍යාලය මගින් පවත්වනු ලබන හෞත විකිත්සක උපාධි පාඨමාලාව හැදෑරීම සඳහා නිලධාරීන් බඳවා ගැනීම. යනුවෙන් සඳහන් කළ යුතුය”.

4. තෝරා ගැනීමේ පරිඝණය

අයදුම්කරුවන් කොළඹ විශ්ව විද්‍යාලය මගින් පවත්වනු ලබන තෝරා ගැනීමේ පරිඝණයක් සඳහා පෙනී සිටිය යුතුය. එහි ව්‍යුහය කොළඹ විශ්ව විද්‍යාලය මගින් තීරණය කරනු ලැබේ.

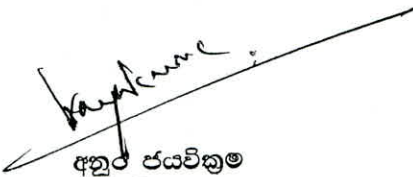
5. සේවා ගිවිසුම

කොළඹ විශ්ව විද්‍යාලය මගින් පවත්වනු ලබන භෞත විකිත්සක උපාධි පාඨමාලාව හැදෑරීම සඳහා තෝරා ගත් අපේක්ෂකයින්ට අවුරුදු තුනක් සඳහා වැටුප් සහිත නිවාඩු ප්‍රදානය කෙරෙන අතර නිසි පරිදි පාඨමාලාව නිමා කරන බවට හා උපාධි පාඨමාලාව හැදෑරීමෙන් පසුව අවුරුදු දහයක කාල සීමාවක් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය/පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය සඳහා සේවය කරන බවට ඔවුන් රුපියල් 600,000.00 ක මුදලක් සඳහා සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ ජනරාල්/ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් සමඟ බැඳුම්කරයක් අත්සන් කළ යුතුය.

තෝරාගත් අපේක්ෂකයෙකු එකී උපාධි පාඨමාලාව සම්පූර්ණ කිරීමට හෝ බැඳුම්කරයකට හා ගිවිසුමට අදාළව සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය /පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය පනවන ලද කොන්දේසි සපුරාලීමට අපොහොසත් වන්නේ නම් එවැනි අපේක්ෂකයෙකුට එරෙහිව සුදුසු පරිදි නීතිමය ක්‍රියාමාර්ග ගනු ලැබේ.

කෙසේ වුවද, මෙම පුහුණුව හේතු කොටගෙන ඉහළ තනතුරක් ඉල්ලා සිටීමට අපේක්ෂකයින්ට අයිතියක් නොමැත. එමෙන්ම පාඨමාලාව නිමා කළ අභ්‍යාසලාභීන් ඉහළ තනතුරක් සඳහා දෙපාර්තමේන්තුවට අත්තර්ග්‍රහණය කිරීම පවතින පුරප්පාඩු සංඛ්‍යාව මත හා හුදෙක්ම පත්කිරීමේ බලධාරීන්ගේ අභිමතය පිටිදි සිදුවන්නේය.

6. මෙම වකුලේඛයේ අත්තර්ගත කරුණු කෙරෙහි ඔබ ආයතනයේ/පළාතේ/ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ ප්‍රදේශයේ/ව්‍යාපෘතියේ නිලධාරීන් ගේ අවධානය යොමු කරවීමට වග බලා ගන්නා මෙන් කාරුණිකව ඉල්ලා සිටිමි.



අනුර ජයවික්‍රම
ලේකම්
සෞඛ්‍ය, පෝෂණ හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය

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

- පිටපත්
- 1. පීඨාධිපති, කොළඹ විශ්ව විද්‍යාලය
 - 2. නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (පාලන) III
 - 3. අධ්‍යක්ෂ (පාලන) II
 - 4. පාඨමාලා සමායෝජක, කොළඹ විශ්ව විද්‍යාලය
 - 5. ප්‍රධාන නීති නිලධාරී - සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය

කොළඹ විශ්ව විද්‍යාලය මගින් පවත්වනු ලබන වෛද්‍ය භෞත විකිත්සක උපාධි පාඨමාලාව හැදෑරීම
සඳහා නිලධාරීන් බඳවා ගැනීම 2016 නොවැම්බර් - නැවත දැනුම්දීම

1. මූලකුරු සමග තම (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්)
.....
.....
2. අයදුම්කරුගේ සම්පූර්ණ නම (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්)
.....
.....
3. පත්වීම බලධාරියා තනතුර
4. පළමු පත්වීමේ දිනය වර්තමාන ශ්‍රේණිය
5. ලිපිනය
 I. රාජකාරි
 II. පෞද්ගලික
 III. දුරකථන අංකය : රාජකාරි.....පෞද්ගලික.....ජංගම.....
6. පෞද්ගලික තොරතුරු
 උපන්දිනය..... ජාතික අංකය.....
7. වයස අවු මාස දින (2017 මාර්තු 05 දිනට)
8. ස්ත්‍රී /පුරුෂ භාවය විවාහක /අවිවාහක
9. අධ්‍යාපන සුදුසුකම්
 I. අපො.ස (උ/පෙළ) විභාග ප්‍රථිඵල විභාග අංකය වර්ෂය.....

විෂය	සාමාර්ථය
.....
.....
.....

 II. අපො.ස (සා/පෙළ) විභාග ප්‍රථිඵල විභාග අංකය වර්ෂය.....
 විෂය (ඉංග්‍රීසි) සාමාර්ථය

10. රැකියාව පිළිබඳ විස්තර

I. පෙර දරන තනතුර පිළිබඳ විස්තර

ආයතනය	තනතුර	සිට	දක්වා

II. වෘත්තීය සුදුසුකම්/වෙනත් සුදුසුකම්

විභාගය	වර්ෂය	ආයතනය	සාමාර්ථය/ශ්‍රේණිය

11. මඹ කවරදාක හෝ අපරාධ වරදක් සඳහා උසාවියකින් වැරදිකරු වී තිබේද?.....
එසේ නම් එකී වරද පිළිබඳ සහ පනවන ලද දඬුවම් පිළිබඳ විස්තර සපයන්න.

12. ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචිය/ලියාපදිංචි

අංකය දිනය

13. පහත ලිපි ලේඛනයන්හි සහතික කරන ලද ඡායා පිටපත් අමුණා ඇත.

- a) උප්පැන්න සහතිකය
- b) ජාතික හැඳුනුම්පත
- c) අධ්‍යාපනික සහතික පත්
- d) ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවෙහි ලියාපදිංචි සහතික

14. අයදුම්කරුගේ ප්‍රකාශය

මෙම අයදුම්පතෙහි මා විසින් සපයා ඇති තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව ප්‍රකාශ කරමි. මෙහි සඳහන් සම්බන්ධ තොරතුරක් අසම්පූර්ණ බැව් හෝ වැරදි බැව් අනාවරණය වුවහොත් මගේ අයදුම්පත ප්‍රතික්ෂේප කරනු ලබන බවත් පසුව එසේ අනාවරණය වුවහොත් මගේ ශිෂ්‍යභාවය අවසන් කරනු ලබන බවත් බැඳුම්කරයට හා ගිවිසුමට අනුව අදාළ කවර හෝ ගාස්තු සහ අනෙකුත් වියදම් අයකර ගනු ලැබීමට ද යටත්වන බවත් මම දනිමි.

මෙම පුහුණුව හේතුකොට ගෙන ඉහළ තනතුරක් ඉල්ලා සිටීමට මා හට අයිතියක් නොමැති බවද මා මෙම පාඨමාලාව සම්පූර්ණ කළද දෙපාර්තමේන්තුවෙන් අතිරේක ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් කිරීමට අයිතියක් නොමැති බවද දනිමි.

ඉහත පාඨමාලාවට මා තෝරා ගනු ලැබුවහොත් දැන්වීමෙහි සඳහන් කර ඇති පරිදි සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් සමග ගිවිසුමකට හා බැඳුම්කරයකට අත්සන් කළ යුතු බවද දනිමි.

.....
දිනය

.....
අයදුම්කරුගේ අත්සන

ආයතන ප්‍රධානියාගේ සහතිකය

..... (තනතුර) මයා/මිය/මෙය විසින් මෙම අයදුම්පතේ අංක 1 සිට 13 දක්වා සපයා ඇති තොරතුරු නිවැරදි බවත් ඔහුගේ/ඇයගේ/ රාජකාරි කටයුතු සහ හැසිරීම බවත් සහතික කරමි. ඔහු/ඇය තෝරා ගනු ලැබුවහොත් වසර 03 ක උපාධි පාඨමාලාව හැදෑරීම සඳහා මුදා හැරිය හැකි බවද දන්වා සිටිමි.

.....
දිනය

.....
ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන
(රබර් මුද්‍රාව)

ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂකගේ සහතිකය (පළාත් අයදුම්කරුවන් සඳහා)

..... (තනතුර) මයා/මිය/මෙය විසින් මෙම අයදුම්පතේ අංක 1 සිට 13 දක්වා සපයා ඇති තොරතුරු නිවැරදි බවත් ඔහුගේ/ඇයගේ/ රාජකාරි කටයුතු සහ හැසිරීම බවත් සහතික කරමි. ඔහු/ඇය තෝරා ගනු ලැබුවහොත් වසර 03 ක උපාධි පාඨමාලාව හැදෑරීම සඳහා මුදා හැරිය හැකි බවද දන්වා සිටිමි.

.....
දිනය

.....
ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂකගේ අත්සන
(රබර් මුද්‍රාව)

පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂකගේ සහතිකය (පළාත් අයදුම්කරුවන් සඳහා)

..... (තනතුර) මයා/මිය/මෙය විසින් මෙම අයදුම්පතේ අංක 1 සිට 13 දක්වා සපයා ඇති තොරතුරු නිවැරදි බවත් ඔහුගේ/ඇයගේ/ රාජකාරි කටයුතු සහ හැසිරීම බවත් සහතික කරමි. ඔහු/ඇය තෝරා ගනු ලැබුවහොත් වසර 03 ක උපාධි පාඨමාලාව හැදෑරීම සඳහා මුදා හැරිය හැකි බවද දන්වා සිටිමි.

.....
දිනය

.....
පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂකගේ අත්සන
(රබර් මුද්‍රාව)