

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 )  
எனது இல ) NA/06/T/08/2016  
My No. )

ඔබේ අංකය )  
உமது இல )  
Your No. : )

දිනය )  
திகதி ) 2017.02.  
Date )

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

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

හෙද/හෙදි නිලධාරීන්ගේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු - 2016. - අභියාචනා කැඳවීම.

හෙද/හෙදි නිලධාරීන්ගේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ලබාදීමට අදාළව නිකුත් කරන ලද අංක 01 -42/2016 හා 2016.08.03 දිනැති ස්ථාන මාරු චක්‍රලේඛය හා බැඳේ.

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

03. වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ සේවා කාලය 2015.12.31 දිනට වසර 04ක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කරන ලද නිලධාරීන්ගේ හා අපේක්ෂා රෝහල, අංගොඩ මූලික රෝහල, ජාතික මානසික සෞඛ්‍ය විද්‍යායතනය හා වැලිසර ළය රෝහල යන සේවා ස්ථානවල 2015.12.31 දිනට වසර 02ක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කරන ලද නිලධාරීන්ගේ වර්තමාන රෝහලට පැමිණි දිනට ජ්‍යෙෂ්ඨත්වය සලකා ස්ථාන මාරු නිර්දේශ ලබාදෙන ලදී.

04. මෙම ස්ථාන මාරු ලේඛනයේ නිර්දේශය යටතේ "නිර්දේශ කරමි" ලෙස සඳහන් කර ඇත්තේ ස්ථාන මාරු ලබාදීමට ස්ථාන මාරු මණ්ඩලයේ නිර්දේශය ලැබී ඇති අයට වන අතර " පළාත් එකඟතාව ලබාගැනීමට යටත්ව නිර්දේශ කරමි" ලෙස සඳහන්ව ඇති අයට ස්ථාන මාරු සඳහා පළාත් අනුමැතිය නොලැබුනහොත් එම ස්ථාන මාරුව අවලංගු කිරීමට සිදුවන බව කාරුණිකව දන්වමි.

05. මෙම ස්ථාන මාරු යෝජනා සම්බන්ධව යම් පාර්ශවයකට විරෝධතා හෝ නිවැරදි කිරීම් හෝ අභියාචනා හෝ පවතී නම් එම විරෝධතා / නිවැරදි කිරීම් හා අභියාචනා 2017.03.06 දිනට පෙර ආයතන ප්‍රධානියා මඟින් විධිමත්ව අධ්‍යක්ෂ (පාලන) 01, සෞඛ්‍ය පෝෂණ හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය, සුවසිරිපාය, කොළඹ 10 යන ලිපිනයට දැනුම්දීමට කටයුතු කරන මෙන් වැඩිදුරටත් දන්වන අතර අභියාචනා ඉදිරිපත් කළ යුතු ආකෘතිය ඇමුණුම 01 මඟින් දැක්වේ.

06. අදාළ අභියාචනා / විරෝධතා හා නිවැරදි කිරීම් සම්බන්ධව ස්ථාන මාරු සමාලෝචන කමිටුවේ නිර්දේශද සැලකිල්ලට ගෙන 2016 වාර්ෂික ස්ථාන මාරු නියෝග ඇතුළත් අවසන් ලේඛනය නිකුත් කරනු ලැබේ.

07. එම ලේඛනය සෞඛ්‍ය, පෝෂණ හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශ වෙබ් අඩවියෙහි ([www.health.gov.lk](http://www.health.gov.lk)) පළ කරනු ලබන අතර , අභියාචනා/විරෝධතා හා නිවැරදි කිරීම් සම්බන්ධ කීරණය, පෞද්ගලිකව කිසිම නිලධාරියෙකුට දැනුම් දෙනු නොලැබේ.

එම්. බී. එල්. රහුමාන්  
නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (පාලන) II  
සෞඛ්‍ය සේවා හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය  
"පුවරුවහන්"  
අක්/කුලේඛ - අනුර පයවිකුම  
ලේකම්

එම්.බී.එල්. රහුමාන්  
නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් ( පාලන ) 02

385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ  
කොළඹ 10.

අක්/කුලේඛ - අනුර පයවිකුම  
ලේකම්

සෞඛ්‍ය පෝෂණ හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය.

අභියාචනා ආකෘති පත්‍රය

හෙද/හෙදි නිලධාරීන්ගේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු - 2016.

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.දුරකථන 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 ලිපිලේඛන අමුණා එවිය යුතුය)

.....

.....

.....

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

.....

දිනය

.....

නිලධාරියාගේ අත්සන

12. අභියාචනයේ සඳහන් කරුණු පිළිබඳව විශේෂ ශ්‍රේණියේ නිලධාරියාගේ / නිලධාරිනියගේ 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 ,5,9 කරුණු නිවැරදි බවට සහතික කරන අතර ඉදිරිපත් කර ඇති අභියාචනයේ පිටපතක් පෞද්ගලික ලිපි ගොනුවේ ඇතුළත් කළ බව සහතික කරමි.

.....

දිනය

හෙද නිලධාරීන්ගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනු  
විෂය භාර කළමනාකාර සහකාරගේ නම සහ අත්සන

14. අභියාචනයේ සඳහන් කරුණු පිළිබඳව ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය -

(හෙද/හෙදි නිලධාරීන්ගේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ලබාදීමට අදාළව නිකුත් කරන ලද අංක 01 -42/2016 හා 2016.08.03 දිනැති ස්ථාන මාරු වක්‍රලේඛයේ 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 අයදුම්පතක්ද ඉදිරිපත් කළ යුතුය ).

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

දිනය

ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව