

රජයේ හෝමියෝපති රෝහලේ වෛද්‍ය නිලධාරී සේවා ගණයේ ප්‍රාථමික ශ්‍රේණිය සඳහා බඳවා ගැනීම

1. i. (අ) මූලකරු සමඟ නම (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්) :

.....

(ආ) මූලකරු සමඟ නම (සිංහලෙන්/ දෙමළෙන්) :

.....

ii. (අ) මුලකුරුවලින් කියවෙන නම් (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්) :

.....

(ආ) මූලකරුවලින් කියවෙන නම් (සිංහලෙන්/ දෙමළෙන්) :

.....

2. i. ස්ථිර ලිපිනය (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්) (ලිපි එවනු ලබන්නේ මෙම ලිපිනයට):

.....

.....

ii. ස්ථිර ලිපිනය (සිංහලෙන්/ දෙමළෙන්) :

.....

.....

iii. දුරකථන අංක : පිංගම : ස්ථාවර :

03. i. උපන් දිනය :

වර්ෂය

--	--	--	--

මාසය

--	--

දිනය

--	--

ii. 2023 .12.31 දිනට වයස :

အချိန်

--	--	--	--

මාස

--	--

ဒို့စ

--	--

04. ස්ත්‍රී / පුරුෂ භාවය :

ငါတို့:

11

පුරුෂ:

10

05. විවෘත ද / අවිවෘත ද :

විවාහක:

•

අවිවාහක:

7

06. ශ්‍රී ලංකාවේ පුරවැසියෙක් ද යන වග :

.....

07. ස්ථිර පදිංචි ස්ථානය අයත්

i. පළාත් සභාව:

ii. දිස්ත්‍රික්කය:

iii. ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාසය:

08. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :

[illegible]

09. අධ්‍යාපන සුදුසුකම් :

- I. උපාධියේ නම:
- II. විශ්වවිද්‍යාල / ආයතනය:
- III. උපාධි වලංගුවන දිනය:
- IV. පන්තිය:
- V. උපාධිය සම්පූර්ණ කළ මාධ්‍ය:
- VI. ප්‍රායෝගික පුහුණුව ලැබූ කාල සීමාව:

10. හෝමියෝපති වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචිය පිළිබඳ විස්තර

- I. ලියාපදිංචි අංකය:
- II. වර්ෂය:

මෙම ඉල්ලුම් පත්‍රයේ සපයා ඇති විස්තර සත්‍ය බව ද නිවැරදි බව ද ඉහත සඳහන් කළ සුදුසුකම්වලට අදාළ ලේඛනවල සහතික කරන ලද පිටපත් මේ සමඟ අමුණා ඇති බවත් මම මෙයින් සනාථ කරමි. මා රජයේ හෝමියෝපති රෝහලේ වෛද්‍ය නිලධාරී තනතුරට බඳවා ගැනීමෙන් පසු මෙහි ඇතුළත් යම් විස්තරයක් අසත්‍ය බව හෝ වැරදි බව පත්වීම් බලධාරියාට අනාවරණය වුවහොත් ඒ හේතුවෙන් මා මෙම තනතුරට නුසුදුසු වීමට ද කිසියම් වන්දි මුදලක් නොගෙවා මා සේවයෙන් ඉවත් කිරීමට ද යටත් වන බව මම දනිමි.

.....
දිනය

.....,
අයදුම්කරුගේ/ අයදුම්කාරියගේ අත්සන.

අයදුම්කරුගේ අත්සන සහතික කරමි.

මෙම ඉල්ලුම්පත්‍රය ඉදිරිපත් කරනු ලබන(සම්පූර්ණ නම) යන අය මා පෞද්ගලිකව හඳුනා බවත් දින ඔහුගේ/ ඇයගේ අත්සන මා ඉදිරියේ දී තැබූ බවත් මම සහතික කරමි.

.....
දිනය

.....,
අත්සන සහතික කරන නිලධාරියාගේ
අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

ඉල්ලුම්කරු රාජ්‍ය සේවයේ නම් දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ වාර්තාව

ඉහත සඳහන් විස්තර නිවැරදි බවත් ඔහු / ඇයගේ වැඩ සහ හැසිරීම බවත් මම සහතික කරමි. දැනට දරන තනතුරෙන් ඔහු / ඇය මුද්‍රාහැරිය හැකිය / නොහැකිය.

.....
දිනය

.....
දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ
අත්සන හා නිල මුද්‍රාව