ආදර්ශ අයදුම්පත

වෛද්‍ය කර්මය සඳහා වූ පරිපූරක වෘත්තීන්ගේ සේවාවේ විකිරණ ශිල්පී තනතුර සඳහා අනුස්ථාපන හා සමායෝජන පාඨමාලාව සඳහා උපාධිධාරීන් බඳවා ගැනීම - 2026

(අයදුම්පත සම්පූර්ණ කිරීමට පෙර *ගැසට්* නිවේදනය හොඳින් කියවා බලන්න)

1. (අ) මුලකුරු සමග අගට යෙදෙන නම :- .....
(ඉංග්‍රීසියෙන් කැපිටල් අකුරෙන්) උදා. A.B.C.SILVA

(ආ) සම්පූර්ණ නම (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්) :- .....

(ඇ) සම්පූර්ණ නම (සිංහලෙන්/දෙමළෙන්) :- .....

2. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :- .....(පිටපතක් අමුණන්න)

3. තැපැල් ලිපිනය :-

සිංහලෙන්/දෙමළෙන්	ඉංග්‍රීසියෙන්
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

4. (අ) ස්ථිර ලිපිනය :-

සිංහලෙන්/දෙමළෙන්	ඉංග්‍රීසියෙන්
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

(ආ) දුරකථන අංකය : ජංගම : ☐

ස්ථිර : ☐

(ඇ) පදිංචි දිස්ත්‍රික්කය :- සිංහලෙන්/දෙමළෙන් ..... ඉංග්‍රීසියෙන් .....

(ඈ) ඔබ මෙම දිස්ත්‍රික්කය තුළ ස්ථිර පදිංචිකරුවෙක්ද? ඔව්/නැත :- .....

(ඉ) ඔව් නම් කොපමණ කලක පටන්ද? :- .....

5. උපන් දිනය :- වර්ෂය : ..... මාසය : ..... දිනය : .....

2026.11.15 දිනට වයස :- අවුරුදු : ..... මාස : ..... දින : .....

6. ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය :- ස්ත්‍රී ☐ පුරුෂ ☐ (අදාළ කොටුවේ √ ලකුණ යොදන්න.)

7. ඔබ ශ්‍රී ලංකාවේ පුරවැසියෙක් ද යන වග :- ඔව් ☐ නැත ☐ (අදාළ කොටුවේ √ ලකුණ යොදන්න.)

8. විවාහක/අවිවාහක බව :- විවාහක ☐ අවිවාහක ☐ (අදාළ කොටුවේ √ ලකුණ යොදන්න.)

9. අධ්‍යාපන සුදුසුකම් :-

අනු. අංකය	*සමත් වූ උපාධිය*	*සාමාර්ථය*	*ශ්‍රේණියේ සාමාන්‍ය අගය (GPA)හා උපාධිය බල පවත්වන දිනය*	*විශ්වවිද්‍යාලය*	*අධ්‍යයන වර්ෂය*

10. ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ (SLMC) ලියාපදිංචි අංකය හා දිනය :-.....

11.ලිඛිත විභාගයක් පැවැත්වුවහොත් පෙනී සිටීමට අපේක්ෂා කරන භාෂා මාධ්‍ය :-.....

12. ඔබ කවරදාක හෝ කවර හෝ චෝදනාවක් සඳහා උසාවියකින් වරදකරු වී තිබේද? ඔව් ☐ නැත ☐
(අදාළ කොටුවේ√ ලකුණ යොදන්න.)
"ඔව්" නම් විස්තර සපයන්න :- .....

13. **අයදුම්කරුගේ සහතිකය** :-

(අ) මා විසින් *ගැසට්* නිවේදනය හොඳින් කියවා බලා අවබෝධ කරගෙන එහි සඳහන් සියලු කොන්දේසිවලට යටත්ව මෙම අයදුම්පත සම්පූර්ණ කළ බවත්, මෙම අයදුම්පතෙහි මා විසින් සපයා ඇති තොරතුරු මා දන්නා තරමින් සත්‍ය හා නිවැරදි බවත් ගෞරවයෙන් ප්‍රකාශ කර සිටිමි.

(ආ) මා විසින් කරන ලද මෙම ප්‍රකාශය හෝ අයදුම්පතෙහි සඳහන් කර ඇති කුමන හෝ තොරතුරක් අසත්‍ය යැයි ඔප්පු වුවහොත් මා සේවයෙන් පහ කරනු ලැබීමට යටත් බව ද මම දැන සිටිමි.

ලංකා බැංකු තැප්‍රොබේන් ශාඛාවේ, අංක 7041318 දරන සෞඛ්‍ය ලේකම් විභාග ගාස්තු රැස්කිරීම යන ගිණුමට අදාළ මුදල් ගෙවා එම ලදුපතෙහි මුල් පිටපත මෙම ස්ථානයේ නොගැලවෙන සේ අලවන්න.

……..... .....,
දිනය අයදුම්කරුගේ/අයදුම්කාරියගේ අත්සන.

14. **අයදුම්කරුගේ අත්සන සහතික කිරීම** :-

මෙම අයදුම්පත ඉදිරිපත් කරනු ලබන ..... මයා/මිය/මෙනෙවිය මා පෞද්ගලික දන්නා හඳුනන බව ද, ඔහු/ඇය ..... දින මා ඉදිරිපිට දී ඔහුගේ/ඇයගේ අත්සන තැබූ බව ද සහතික කරමි.

....,
දිනය සහතික කරන්නාගේ අත්සන
සහතික කරන්නාගේ නිල මුද්‍රාව.

සහතික කරන නිලධරයාගේ සම්පූර්ණ නම :- .....
තනතුර :- .....
ලිපිනය :- .....

15. **ඉල්ලුම් කරන අපේක්ෂකයා රාජ්‍ය සේවාවේ/පළාත් රාජ්‍ය සේවයේ නියුතු අයෙක් නම්, දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ සහතිකය (අදාළ නොවන වචන කපා හරින්න.)**

i. ඉහත අයදුම්කරු/අයදුම්කාරිය වන ..... මහතා/මහත්මිය/මෙනවිය මෙම දෙපාර්තමේන්තුවේ .... තනතුර දරන බව මින් සහතික කරමි.

ii. ඉල්ලුම් පත්‍රයේ සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය තොරතුරු බව සහතික කරන අතර, මොහු/මැය තනතුර සඳහා තෝරා ගත හොත් ඔහු/ඇය දරන තනතුරට නිදහස් කළ හැකි/නොහැකි බව දන්වමි.

iii. එමෙන්ම මෙම බඳවා ගැනීම බාහිර බඳවා ගැනීමක් බවත්, ඔහු/ඇය අදාළ පුහුණුව සාර්ථකව සම්පූර්ණ කිරීමෙන් හෝ නොකිරීමෙන් පසු කිසිදු අයුරකින් දැනට දරන තනතුරට නැවත පැමිණිය නොහැකි බවත්, ඔහුට/ඇයට අවබෝධ කරදුන් බවත් දන්වා සිටිමි.

....,
දිනය දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ අත්සන.

දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ නම :- .....
තනතුර :-.....
ලිපිනය :- .....

දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ නිල මුද්‍රාව.