

ප්‍රාථමික ශ්‍රේණියේ වෛද්‍ය නිලධාරීන් සහ දත්ත ශල්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරීන් සඳහා වන දෙපාර්තමේන්තු විභාගය - 2024 මාර්තු

01 (අ) (i) අයදුම්කරුගේ සම්පූර්ණ නම (සිංහලෙන්) :_____.

(ii) අයදුම්කරුගේ සම්පූර්ණ නම (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරින්) :

(iii) මූලකරු සමග නම (සිංහලෙන්) :_____.

(iv) මූලකරු සමග නම (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරින්) :

(ආ) (i) නිල නාමය (අදාළ කොටුව තුළ (✓) ලකුණ යොදන්න.

I වෛද්‍ය නිලධාරී : II දත්ත ශල්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී :

(ii) සීමාවාසික පත්වීම ලද දිනය :_____.

(iii) ප්‍රාථමික ශ්‍රේණියට / II ශ්‍රේණියට පත්වීම ලද දිනය :_____.

02. ඔබ මෙවර විභාගයට පෙනී සිටීමට අපේක්ෂා කරන විෂයන් ඉදිරියේ ඇති කොටුව තුළ (✓) ලකුණ යොදන්න. පෙනී නොසිටින්නේ නම් (x) ලකුණ යොදන්න.

රෝහල් සහ බෙහෙත් ශාලා පරිපාලනය : ආයතන සංග්‍රහය ගිණුම්
සිංහල වාචික : දෙමළ වාචික

03. විභාගයට පෙනී සිටින මාධ්‍යය - (අදාළ කොටුවේ (✓) හරි ලකුණ යොදන්න.) :

සිංහල ඉංග්‍රීසි දෙමළ

04. (අ) (i) දැනට සේවය කරන ආයතනය (පැහැදිලිව සඳහන් කරන්න.) :_____.

(ii) මෙම ආයතනය අයත් වන්නේ -

රේඛීය අමාත්‍යාංශයට :
පළාත් සභාවට :

(ආ) (i) පළාත් සභාවට නම් අදාළ පළාත :_____.

(ii) එය අයත් දිස්ත්‍රික්කය :_____.

(ඇ) (i) ජංගම දුරකතන අංකය :

(ii) විද්‍යුත් ලිපිනය :_____.

(ඈ) ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :

(ඉ) පහත දක්වා ඇති මධ්‍යස්ථාන අතුරින් විභාගයට පෙනී සිටීමට කැමැති විභාග මධ්‍යස්ථානයට අදාළ කොටුවේ (✓) හරි ලකුණ යොදන්න. (දෙපාර්තමේන්තුවේ අවශ්‍යතාවයක් මත හෝ කිසියම් විභාග මධ්‍යස්ථානයකට ප්‍රමාණවත් අයදුම්කරුවන් සංඛ්‍යාවක් නොමැති නම් හෝ දක්වා ඇති මධ්‍යස්ථාන එකක් හෝ කිහිපයක් අවලංගු කරනු ලබන අතර එකී මධ්‍යස්ථානයට අයදුම් කරනු ලැබූ අයදුම්කරුවන් ආසන්නතම විභාග මධ්‍යස්ථානයකට හෝ සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් තීරණය කරනු ලබන වෙනත් විභාග මධ්‍යස්ථානයකට අනුයුක්ත කරනු ලැබේ.)

කොළඹ		කඳාන		හම්බන්තොට		අම්පාර	
කළුතර		ගාල්ල		බදුල්ල		වවුනියාව	
කුරුණෑගල		අනුරාධපුර		රත්නපුර		පොළොන්නරුව	
මහනුවර		මඩකලපුව		යාපනය		ත්‍රිකුණාමලය	

(ඒ) විභාග ප්‍රවේශ පත්‍රය එවීම සඳහා පැහැදිලිව ලිපිනය ලියන ලද 9" x 4" ප්‍රමාණයේ රූපියල් 110.00 ක මුද්දර ඇලවූ ලියුම් කවර 01ක් අයදුම්පත්‍රයට අමුණන ලද්දේ ද? :_____.

(උ) (i) තැපැල් ලිපිනය (සිංහලෙන්) :_____.

(ii) තැපැල් ලිපිනය (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරින්) :_____.

05. (ආ) මීට ප්‍රථම මෙම විභාගයට පෙනී සිටියේ ද? :_____.

(ඇ) විභාගයට පෙනී සිටින්නේ ප්‍රථම වතාවට නොවේ නම් මුද්දර අලවා තිබේ ද? :_____.

මුද්දර කොටුව (මුද්දර අලවා ඒ මත අත්සන තබන්න.)

06. අයදුම්කරුගේ සහතිකය

මගේ දැනුම හා විශ්වාසය පරිදි —

(i) මෙම අයදුම්පත්‍රයේ සඳහන් කර ඇති තොරතුරු සත්‍ය බවත්, මෙම විභාගයට මා පෙනී සිටින්නේ ප්‍රථම වතාවට බැවින් විභාග ගාස්තු ගෙවීම අනවශ්‍ය බවත්, ප්‍රථම වතාවට නොවන බැවින් රු ක් වටිනා මුද්දර අලවා ඇති බවත් මෙම ඉල්ලුම් පත්‍රයට මා විසින් අලවා ඇති මුද්දර අවලංගු කිරීමට පෙර වලංගු වූ පාවිච්චි නොකරන ලද මුද්දර බවත් ප්‍රකාශ කරමි.

(ii) සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය විසින් විභාග පිළිබඳව පනවා ඇති නීතිරීතිවලට එකඟව ක්‍රියාකිරීමටත්, මෙම විභාගය පිළිබඳ ව්‍යවස්ථාව අනුව මා නුසුදුස්සකු බව පෙනී ගියහොත්, මාගේ විභාගාපේක්ෂකත්වය අවලංගු කිරීමට ගනු ලබන කවර හෝ තීරණයකට මම එකඟවන බවත් සහතික කරමි.

_____,
අයදුම්කරුගේ අත්සන.

දිනය :_____.

07. පෞද්ගලික ලිපිගොනු භාර විෂය නිලධාරියාගේ/නිලධාරිණියගේ සහතිකය

මෙම අයදුම්පත් භාර ගන්නා අවසාන දිනයට පෙර/පසු මා වෙත භාරදුන් බවත්, මෙම විභාගයට පෙනී සිටීමට අවශ්‍ය සියලුම සුදුසුකම් සපුරා ඇති බවත්, පෞද්ගලික ලිපිගොනුවේ ඇති තොරතුරුවලට අනුව අයදුම්කරු විසින් නිවැරදි ව මෙම අයදුම්පත සම්පූර්ණ කර ඇති බවත්, මෙම අයදුම්පතේ පිටපතක් පෞද්ගලික ලිපිගොනුවට ගොනුකළ බවත් සහතික කරමි.

_____,
නම සහ අත්සන.

දිනය :_____.

08. ආයතන ප්‍රධානියාගේ සහතිකය

..... මහතා/මහත්මිය/මෙනවිය මෙම ආයතනයේ සේවයේ නියුතු වෛද්‍ය නිලධාරියකු/දන්ත ශල්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරියකු වන අතර, අයදුම්පත්‍රයෙහි දී තිබෙන තොරතුරු අයදුම්කරුගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනුවේ ඇති තොරතුරු අනුව නිවැරදි බවත්, මෙම විභාගයට පෙනී සිටින්නේ ප්‍රථම වතාවට වන/නොවන බවට ද රු. ක් වටිනා මුද්දර මෙම අයදුම්පත්‍රයට අලවා ඇති බව ද/මුද්දර ඇලවීමට අනවශ්‍ය බවට ද මා ඉදිරිපිට දී අත්සන් කළ බව ද සහතික කරමි.

_____,
ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන.
(රබර් මුද්‍රාව තැබිය යුතුය)

දිනය :_____.

09. විමධ්‍යගත කොට්ඨාස/විශේෂිත ව්‍යාපාර ප්‍රධානියාගේ සහතිකය

..... මහතා/මහත්මිය/මෙනවිය වෛද්‍ය නිලධාරියකු/ දන්ත ශල්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරියකු වශයෙන් මගේ ආයතනයේ සේවය කරන බවත්, අයදුම්පත්‍රයෙහි දී තිබෙන තොරතුරු අයදුම්කරුගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනුවේ ඇති තොරතුරු අනුව නිවැරදි බවත්, මෙම විභාගයට පෙනී සිටීමට ඔහුට/ඇයට සුදුසුකම් ඇති බවත් සහතික කරමි.

_____,
විමධ්‍යගත කොට්ඨාස/විශේෂිත ව්‍යාපාර ප්‍රධානියාගේ අත්සන.
(රබර් මුද්‍රාව තැබිය යුතුය).

දිනය :_____.

* (අනවශ්‍ය කොටස් කපා හරින්න)