

දිවයින

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/10/2017
 My No.)
 ඔබේ අංකය)
 உமது இல)
 Your No. :)
 දිනය)
 திகதி) 2017.07.28

සෞඛ්‍ය, පෝෂණ සහ දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය
 சுகாதார, போசணை மற்றும் சுதேச வைத்திய அமைச்சு
 Ministry of Health, Nutrition & Indigenous Medicine

වක්‍ර ලේඛ අංකය - 01-40/2017

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 - 2017

රේඛීය අමාත්‍යාංශය යටතේ පාලනය වන සියලුම රෝහල් හා ආයතන වල සේවය කරන ස්ථාන මාරු ලබා ගැනීමට අපේක්ෂාවෙන් සිටින 111 ශ්‍රේණිය, 11 ශ්‍රේණිය, 1 ශ්‍රේණිය හා අධි ශ්‍රේණියේ සේවය කරන හෙද නිලධාරීන්ගෙන්/ නිලධාරීන්ගෙන් 2017 වර්ෂය සඳහා අයදුම්පත් කැඳවනු ලැබේ. මෙම වක්‍රලේඛයට අනුව 1 ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (රෝහල් සේවා/ මහජන සෞඛ්‍ය / අධ්‍යාපන) තනතුරුවල සහ විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී (රෝහල් සේවා/ මහජන සෞඛ්‍ය / අධ්‍යාපන) තනතුරුවල සිටින නිලධාරීන්ට ස්ථාන මාරු අයදුම් කල නොහැකි අතර එම තනතුරු සඳහා ස්ථාන මාරු කැඳවීම් වෙන්ම සිදු කරනු ලැබේ.

02. පහත සුදුසුකම් සපුරා තිබෙන නිලධාරීන්ට ස්ථාන මාරු අයදුම්කළ හැකි අතර ඔවුන් ඇමුණුම 01 මඟින් දැක්වෙන ආකෘතියට අනුකූලව ස්ථාන මාරු අයදුම් කළ යුතුය.

- I. 2016.12.31 දිනට වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ වසර හතරක (04) ක අඛණ්ඩ සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කර තිබෙන හෙද නිලධාරීන්
- II. මහරගම අපේක්ෂා රෝහල, ජාතික මානසික සෞඛ්‍ය විද්‍යායතනය, වැලිසර ළය රෝහල හා ජාතික බෝවන රෝග විද්‍යායතනය (එන්.අයි.අයි.සී) හි සේවය කරන 2016.12.31 දිනට වසර දෙකක (02) සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කරන ලද හෙද නිලධාරීන්

03. අයදුම් කළ යුතු ආකාරය

- I. ස්ථාන මාරු ඉල්ලීමේදී සලකා බලනු ලබන්නේ ඒ සඳහා සකස් කර ඇති ආකෘති පත්‍රයට අනුකූලවම ඉදිරිපත් කරන අයදුම්පත් පමණි. තවද මීට පෙර ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කර තිබුණ ද, ස්ථාන මාරු නියෝගයක් ලැබී නොමැති නිලධාරීන් මෙම වක්‍ර ලේඛය ප්‍රකාරව ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කළ යුතුය. දැනටමත් වාර්ෂික ස්ථාන මාරු නියෝග ලබා සිටින නිලධාරීන් මෙම වක්‍රලේඛය ප්‍රකාරව ස්ථාන මාරු අයදුම් කිරීම අවශ්‍ය නොවේ.

- II. සෑම නිලධාරියෙක් පිළිබඳවම නිවැරදි හා සම්පූර්ණ තොරතුරු සැපයීමට සෑම ආයතන ප්‍රධානියෙක්ම වග බලා ගත යුතුය. එමෙන්ම මෙම නිවේදනයේ සඳහන් කරුණු ආයතනයේ සියලුම හෙද නිලධාරීන්ට (ප්‍රසූත නිවාඩු , විශේෂ නිවාඩු ලබා සිටින නිලධාරීන් ඇතුළත් ව) දැන ගැනීමට සැලැස්විය යුතුය. සාවද්‍ය තොරතුරු සැපයීමෙන් හෝ සුදුසුකම් ලත් නිලධාරීන්ට අයදුම් කිරීමට අවස්ථාව නොලැබීමෙන් හෝ ඇතිවන අපහසුතාවයන් පිළිබඳව මෙම අමාත්‍යාංශය වග නොකියන අතර, ඒ සම්බන්ධව ඒ ඒ ආයතන ප්‍රධානීන් වගකීමට බැඳෙන බව අවධාරණය කරමි.
- III. සියලුම ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය සහිතව ආවරණ ලිපියක් මගින් ලේඛන ගත තැපෑලෙන් එවීමට හෝ අතින් ගෙනැවිත් භාර දීමට කටයුතු කළ යුතුය. කිසිදු හේතුවක් නිසාවත් නිලධාරියකු විසින් පෞද්ගලිකව ගෙනවිත් දෙන අයදුම්පත් භාර ගනු නොලැබේ. එමෙන්ම සෑම ආයතනක්ම ඇමුණුම 1 අනුව සම්පූර්ණ කරන ලද ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් ආකෘති අංක 01 සමඟ ඉදිරිපත් කළ යුතු වේ. මෙම නිවේදනයට පරිබාහිර සෑම අයදුම්පතක්ම දැනුම් දීමකින් තොරව ප්‍රතික්ෂේප කරනු ලැබේ.
- IV. පළාත් රාජ්‍ය සේවයට අනුයුක්ත වීමට අපේක්ෂා කරන විනය කරුණු නොමැති නිලධාරීන් ස්ථාන මාරු අයදුම්පත්‍රයට අමතරව රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා කාර්ය පටිපාටික රීති හි 10 පරිශීෂ්ටය (ඇමුණුම 02) ද සම්පූර්ණ කර ස්ථාන මාරු අයදුම්පත සමඟ එවිය යුතුය. මෙතෙක් සේවය ස්ථිර කර නොමැති නිලධාරීන්ගේ අයදුම්පත් සමඟ ඔවුන්ගේ විභාග දෙපාර්තමේන්තුවෙන් සනාථ කරගන්නා ලද අ.පො.ස (සා.පෙළ) හා අ.පො.ස.(උ.පෙළ) ප්‍රතිඵල ලේඛනවල සත්‍ය බවට සහතික කරන ලද පිටපත්ද එවිය යුතුය.
- V. අයදුම්පත් භාර ගන්නා අවසන් දිනය 2017.08.25 දින වන අතර, එදිනට පසුව ලැබෙන කිසිදු අයදුම්පතක් භාර නොගන්නා බව අවධාරණය කරමි.

04. සැලකිය යුතුයි -

- i. මෙම චක්‍රලේඛයට අනුව අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කරන සියලු දෙනාට ස්ථාන මාරු ලබාදෙන බවක් මෙහි සඳහන් වගන්ති කිසිවකින් අදහස් නොවන අතර එසේ තේරුම්ගත යුතුද නොවේ.
- ii. කුරුණෑගල හා කෑගල්ල ශික්ෂණ රෝහල් සඳහා මගේ අංක NA/06/T/05/2016 හා 2016.05.17 දිනැති චක්‍රලේඛය මගින් ස්ථාන මාරු කැඳවා ඇති බැවින් එම රෝහල් සඳහා මෙම චක්‍රලේඛය මගින් වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ලබාදෙනු නොලැබේ.
- iii. ස්ථාන මාරු සලකා බලන අවස්ථාවේ පුරප්පාඩු නොමැති රෝහල්, සේවා අවශ්‍යතාව නොමැති රෝහල් හා විශේෂිත ස්ථාන මාරු කැඳවා ඇති රෝහල් සඳහා වන ඉල්ලීම් සලකා නොබලන අතර, ඒ සම්බන්ධව අයදුම්කරුවන් සැලකිලිමත් වන ලෙස දැනුම් දෙමි.
- iv. ලැබෙන අයදුම්පත් ස්ථාන මාරු මණ්ඩලයකට යොමු කර ස්ථාන මාරු ලබාදෙන අතර 2016.12.31 දිනට අංක 02 යටතේ දැක්වෙන සුදුසුකම් සපුරාලන නිලධාරීන් වර්තමාන සේවා ස්ථානයට වාර්තාකල දිනයට අනුව ජ්‍යෙෂ්ඨතා ලේඛනය සකස්කරනු ලැබේ. එහිදී එකම දින පත්වීම් ලද නිලධාරීන් සිටියහොත් ඔවුන්ගේ සියුහෙද පුහුණුවේ අවසන් වසර පරීක්ෂණයෙහි දිවයිනේ කුසලතාව සලකාබලා ජ්‍යෙෂ්ඨතා ලේඛනය සකස් කරනු ඇත.
- v. ප්‍රතිකාර සේවාව යාවත්කාලීනව පවත්වාගෙන යෑම මානව සම්පත් කළමනාකරණයේ මූලික අරමුණ බැවින්, පුරප්පාඩු පවතින සේවා අවශ්‍යතාවය ඇති, හෙද නිලධාරීන්ගේ ස්ථාන මාරු සලකා බලන නමුදු, අනුප්‍රාප්තිකයන් රහිතව රෝහලේ ප්‍රතිකාර සේවාව අඩාල වන ආකාරයෙන් මුදා නොහරින බව අවධාරණය කරමි.
- vi. පළාත්සභා යටතේ පාලනය වන රෝහල් සඳහා ස්ථිරව මුදාහැරීමට ඉල්ලන ලද , සුදුසුකම් සපුරා තිබෙන නිලධාරීන් සඳහා අදාළ පළාතේ පුරප්පාඩු පවති නම් නිදහස් වීමට ඉඩ ලබා දෙනු ලැබේ. එසේ වුවද ඔවුන් බඳවා ගැනීමට අදාළ පළාත්වල එකඟතාව ලබා ගෙන ඒ බව ආයතන ප්‍රධානීන්ට දැනුම් දෙන තෙක් ඔවුන් මුදා නොහැරිය යුතු බව අවධාරණය කරමි.

05. 2017 වසරට අදාළ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු මණ්ඩල නිර්දේශය සහිත නාම ලේඛනය www.health.gov.lk වෙබ් අඩවියේ පලකර අභියාචනා කැඳවන අතර, අභියාචනා මණ්ඩලයේ නිර්දේශ සලකා බලා සකස් කරනු ලබන ස්ථාන මාරු නියෝග සහිත අවසාන ලේඛනය 2017 නොවැම්බර් මස වන විට www.health.gov.lk වෙබ් අඩවියේ පලකිරීමට නියමිතය. එසේම එක් එක් රෝහලට අදාළ ස්ථාන මාරු නියෝග අදාළ ආයතන ප්‍රධානීන් වෙත ලිඛිතව දැනුම් දෙනු ඇත. එතෙක් ස්ථාන මාරු සම්බන්ධව විමසීම් සඳහා මෙම අමාත්‍යාංශයට පැමිණීම අනවශ්‍ය බවද නිලධාරීන්ට දන්වන්නේ නම් මැනවි.

සැලකිය යුතුය.

ස්ථාන මාරු මණ්ඩලයේ නිර්දේශ හෝ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු නියෝග කිසිවෙකුටත් පෞද්ගලිකව දැනුම් දෙනු නොලැබේ.

06. මෙම නිවේදනයේ සඳහන් කරුණු ඔබ ආයතනයේ සෑම හෙද /හෙදි නිලධාරියෙකුටම දැන්වීමට කටයුතු කරන්න. එසේම මේ වන විට ස්ථාන මාරු නියෝග ලබා තිබෙන නිලධාරීන්ගේ අයදුම්පත් නැවත එවීමට අවශ්‍ය නොවන බවද අදාළ විෂය ලිපිකරුවන් දැනුවත් කිරීමට කටයුතු කරන්න. මෙහි සඳහන් නොවන ස්ථාන මාරු සම්බන්ධව බලපාන වෙනත් කරුණු සම්බන්ධයෙන් ආයතන සංග්‍රහය හා රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා කාර්ය පටිපටික රීති සංග්‍රහය ප්‍රකාරව අවසන් තීරණය මා විසින් ගනු ලබන බවත් සඳහන් කරමි. මෙම වකුලේඛයේ සිංහල, දෙමළ හා ඉංග්‍රීසි භාෂා අතර අනනුකූලතාවයක් ඇතිවුවහොත් සිංහල පාඨය බලපැවැත්වේ.

ජනක සුගතදාස

ලේකම්

සෞඛ්‍ය පෝෂණ හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය

"සුවසිරිපාය"

385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත, කොළඹ 10.

ජනක සුගතදාස
ලේකම්

සෞඛ්‍ය පෝෂණ හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය.

පිටපත්.

- | | | | |
|----|-------------------------------|---|----------|
| 1. | සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් | - | දැ.ගැ.පි |
| 2. | නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල්වරුන් | - | දැ.ගැ.පි |
| 3. | අධ්‍යක්ෂවරුන් | - | දැ.ගැ.පි |
| 4. | වෘත්තීය සමිති. | - | දැ.ගැ.පි |

හෙද සේවයේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු සඳහා අයදුම්පත්‍රය. - 2017

තනතුර හා ශ්‍රේණිය :-

(අ) නිලධාරියාගේ පෞද්ගලික තොරතුරු

01. නිලධාරියාගේ/නිලධාරිනියගේ සම්පූර්ණ නම -

02. මූලකුරු සමඟ නම -

03. මූලකුරු සමඟ නම (ඉංග්‍රීසියෙන්)

| | | | |
|-------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|
| 04. උපන් දිනය - | 05. වයස අවු : මාස : දින : | 06. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය | 07. ස්ත්‍රී /පුරුෂ භාවය |
| 08. ස්ථීර ලිපිනය | 09. තාවකාලික ලිපිනය | 10. දුරකතන අංකය | 11. විවාහක/ අවිවාහක බව |
| | | කාර්යාලිය - | |
| | | පෞද්ගලික - | |
| 12. කලත්‍රයාගේ නම | | 13. කලත්‍රයාගේ රැකියාව හා සේවා ස්ථානය | |

14. දරුවන් පිළිබඳ විස්තර

| නම | වයස | ඉගෙනුම ලබන පාසැල |
|----|-----|------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

15. හෙද සේවයේ පූර්ව සේවා ස්ථාන පිළිබඳ විස්තර(වර්තමාන ස්ථානයද ඇතුළත්ව)

| සේවය කළ රෝහල / ආයතනය | සේවා කාලය (සිට - දක්වා) |
|----------------------|-------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

16. ස්ථාන මාරු ඉල්ලීම පිළිබඳ තොරතුරු

| සේවා ස්ථානය | සේවා ස්ථානය පිහිටි නගරය (සළාතට අයත් රෝහලක් නම් අදාළ පළාත් සභාව සඳහන් කරන්න) |
|-------------|--|
| I | |
| II | |
| III | |

17. ස්ථාන මාරු ඉල්ලුම් කිරීමට හේතුව (උක්ත මනාප සම්බන්ධයෙනි)

.....

ඉහත සඳහන් කර ඇති සියළු ම තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි.

.....
 දිනය
 නිලධාරියාගේ අත්සන

(ආ) විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරියාගේ නිර්දේශය.

අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව, නිලධාරියා/නිලධාරියා මුදා හැරීම නිර්දේශ කරමි./නොකරමි.

.....
 දිනය
 අත්සන

(ඇ) ආයතනික තොරතුරු

18. මුල් පත්වීමේ දිනය :- සිසු හෙද පුහුණුව ලත් කණ්ඩායම :-
 විභාග අංකය :- කුසලතා අංකය :-

19. සේවය ස්ථිර කර ඇති/නැති බව:-

20. වර්තමාන සේවා ස්ථානයට වාර්තා කළ දිනය:-.....

21. වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ සේවා කාලය (2016.12.31 දිනට):-

22. නිලධාරියා/නිලධාරියා සම්බන්ධයෙන් විනය ක්‍රියාමාර්ගයක් ගෙන තිබේද ?

එසේ නම්, යොමු අංකය හා දිනය සඳහන් කරන්න.

..... මයා / මිය / මෙය ගේ පෞද්ගලික ලිපි ගොනුව අනුව අංක 01 සිට 15 දක්වා ඇති සියළු තොරතුරු ද, අංක 18 සිට 22 දක්වා මා විසින් සපයන ලද තොරතුරුද නිවැරදි බවට සහතික කරමි. එසේම මෙම නිලධාරියා/නිලධාරියා මෙම රෝහලින් ස්ථාන මාරු කිරීම සම්බන්ධව මීට පෙර ස්ථාන මාරු නියෝගයක් ලබා නොමැති බව ද සහතික කරමි.

.....
 දිනය
 විෂය භාර කළමනාකරණ සහකාර නිලධාරියාගේ අත්සන

ඇ) පරිපාලන නිලධාරී/ රෝහල් ලේකම්ගේ නිර්දේශය.

..... මයා / මිය / මෙය ගේ පෞද්ගලික ලිපි ගොනුව අනුව අංක 01 සිට 15 දක්වා ඇති සියළු තොරතුරු ද, අංක 18 සිට 22 දක්වා විෂය ලිපිකරුවන් විසින් සපයන ලද තොරතුරුද නිවැරදි බවට සහතික කරමි. එසේම මෙම නිලධාරියා/නිලධාරිණිය මෙම රෝහලින් ස්ථාන මාරු කිරීම් සම්බන්ධව මීට පෙර ස්ථාන මාරු නියෝගයක් ලබා නොමැති බව ද සහතික කරමි. ඒ අනුව අයදුම්පත නිර්දේශ කරමි/ නොකරමි.

.....

දිනය

.....

අත්සන

(ඉ) ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය

පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව අයදුම්පතහි අංක 1 සිට 15 දක්වාත් 18 සිට 22 දක්වාත් සඳහන් කර ඇති කරුණු නිවැරදි බව මින් සහතික කරමි.

මෙම නිලධාරියා/නිලධාරිණිය මෙම රෝහලින් ස්ථාන මාරු කිරීම් සම්බන්ධව මීට පෙර ස්ථාන මාරු නියෝගයක් ලබා නොමැති බව සහතික කරන අතර උක්ත නම් සඳහන් නිලධාරියාගේ ස්ථාන මාරු ඉල්ලීම, අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව/පසුව ලබා දීමේ පදනම මත නිර්දේශ කරමි.

.....

දිනය :-

.....

ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

අංක 10 පරිශීෂ්ටය
(143 වගන්තිය)

ලිපිනය

.....

.....

දිනය

(දෙපාර්තමේන්තු / ආයතන ප්‍රධාන) මහින්

.....

(පත්කරීමේ නිලධාරියා)

.....

..... හි තනතුරෙහි සේවය සඳහා

රජයේ සේවයෙන් ස්ථිරව / තාවකාලිකව මුදාහරින ලෙස ඉල්ලීම

1. රජයේ නිලධාරියා පිළිබඳ විස්තරය

1.1. සම්පූර්ණ නම -.....

1.2. අයත්වන සේවය -..... පන්තිය ශ්‍රේණිය

1.3. තනතුර -.....

1.4. සේවා ස්ථානය -

1.5. දෙපාර්තමේන්තුව / ආයතනය -

1.6. අමාත්‍යාංශය -.....

1.7. රජයේ සේවයේ ස්ථිර කළ දිනය -

1.8. ඉල්ලීම ඉදිරිපත් කරන දිනට වයස - අවු මාස දින

1.9. ඉල්ලීම කරන දිනය වන විට අදාළ සියලු කාර්යක්ෂමතා කාර්යක්ෂමතා කඩඉම් / දෙපාර්තමේන්තු පරීක්ෂණ වලින් සමත්ව ඇති නැති බව -.....

1.10. දරමින් සිටින තනතුරේ රාජකාරී ඉටු කිරීම සඳහා විශේෂ පුහුණුවක් ලබා ඇත්නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර

.....

.....

.....

1.11. අනිවාර්ය සේවා කාලයක් සඳහා රජය සමඟ ගිවිසුමකට බැඳී සිටි නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර

.....

.....

.....

1.12. මෙයට පෙර රජයේ සේවයෙන් තාවකාලිකව මුදා හැර තිබූ අවස්ථා පිළිබඳ විස්තර

| ආයතනය | තනතුර | කාල පරිච්ඡේදය | අවුරුදු | මාස |
|-------|-------|---------------|---------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

2. මුදා හැරීමෙන් පසු නිලධාරියා සේවයෙහි නියැලීමට අපේක්ෂිත තනතුර

- 2.1. ආයතනය -
- 2.2. අමාත්‍යාංශය -
- 2.3. වෘත්තීය සමිති / සුබසාධක සංගමය -
- 2.4. තනතුර -
- 2.5. මුදාහැරීම ඉල්ලා සිටින්නේ ස්ථිරවද, තාවකාලිකවද, යන වග -
- 2.6. තාවකාලිකව නම් කොපමණ කාලයකටද යන වග -
- 2.7. තනතුරේ රාජකාරී භාරගැනීමට අපේක්ෂිත දිනය -

3. මා හි තනතුරට පත්කිරීමට කැමැත්තක් ප්‍රකාශ කරමින් විසින් නිකුත් කළ ලිපිය මේ සමඟ ඉදිරිපත් කරමි.

4. මා වෘත්තීය සමිතියේ / සුබසාධක සංගමයේ තනතුරට තෝරාගත් බවත්, එහි කටයුතු සඳහා මා රාජ්‍ය සේවයෙන් තාවකාලිකව මුදාගැනීම අවශ්‍ය බවත් ප්‍රකාශිත එම සංගමයේ රැස්වීම් වාර්තාවේ සහතික කළ පිටපතක් මේ සමඟ ඉදිරිපත් කරමි.

5. ඉහතින් දක්වා ඇති කරුණු සත්‍ය බව මම සහතික කරමි. රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා කාර්ය පටිපාටික රීති 1 වන කාණ්ඩයේ 143 වගන්ති ප්‍රකාරව මෙම ඉල්ලීම කාරුණිකව ඉදිරිපත් කරමි.

ඒ අනුව හි තනතුරෙහි සේවය සඳහා මම රජයේ සේවයෙන් ස්ථිරව/ තාවකාලිකව මුදා හරින ලෙස කාරුණිකව ඉල්ලමි.

.....

නිලධාරියාගේ අත්සන

(වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අංක 01 ආකෘති පත්‍රය)

වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අයදුම් පත්‍ර ලේඛනය - 2017

ආයතනයේ නම -

| අඩු අංකය | නිලධාරියාගේ නම | ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය | ශ්‍රේණිය | මුල් පත්වීමේ දිනය | ඔබ ආයතනයට පත්වූ දිනය | ස්ථාන මාරු අපේක්ෂිත ස්ථානය | කාර්යාලයේ ප්‍රයෝජනය සඳහා |
|----------|----------------|------------------------|----------|-------------------|----------------------|----------------------------|--------------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

සුදුසුකම් සපුරා ස්ථාන මාරු ඉල්ලා ඇති සියලුම නිලධාරීන්ගේ ඉල්ලුම්පත් මෙම උප ලේඛනයට ඇතුළත් කර ඇති බව සහතික කරමි.

සකස් කළේ-

අත්සන -

නම -

දිනය -

පරීක්ෂා කළේ -

අත්සන -

නම -

දිනය -

.....

ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව