

දුරකථන ) 011 2669192, 011 2675011  
 தொலைபேசி ) 011 2698507, 011 2694033  
 Telephone ) 011 2675449, 011 2675280  
 ෆැක්ස් ) 011 2693866  
 பெக்ஸ் ) 011 2693869  
 Fax ) 011 2692913

විද්‍යුත් තැපෑල ) postmaster@health.gov.lk  
 மின்னஞ்சல் முகவரி )  
 e-mail )

වෙබ් අඩවිය ) www.health.gov.lk  
 இணையத்தளம் )



සුවසිරිපාය  
 சுவசிரிபாய  
 SUWASIRIPAYA

මගේ අංකය )  
 எனது இல ) NA/08/06/2018  
 My No. )

ඔබේ අංකය )  
 உமது இல )  
 Your No. : )

දිනය )  
 திகதி ) 2018.10. 16  
 Date )

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

පොදු චක්‍රලේඛ අංක - 02-217/2018 (1)

නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (ශ්‍රී ලංකා ජාතික රෝහල)  
 රේඛීය අමාත්‍යාංශය යටතේ පාලනය වන  
 සියලුම ශික්ෂණ රෝහල් සහ මහ රෝහල් අධ්‍යක්ෂවරුන්,  
 වෛද්‍ය අධිකාරීවරුන්,  
 සියලුම ආයතන ප්‍රධානීන්,

**මහජන සෞඛ්‍ය හෙද නිලධාරී තනතුර සඳහා පුහුණුවට බඳවා ගැනීම (දෙවන කණ්ඩායම)**

ලක්ක කරුණ සම්බන්ධයෙන් නිකුත් කරන ලද අංක 02-217/2018 හා 2018.09.11 දිනැති පොදු චක්‍රලේඛයේ ඇමුණුම 02 මඟින් දැක්වෙන ආදර්ශ අයදුම්පත වෙනුවට මෙම චක්‍රලේඛය සමඟ දැක්වෙන ආදර්ශ අයදුම්පත යොදා ගන්නා ලෙසට මින් දන්වනු ලැබේ.

02. ඒ අනුව මහජන සෞඛ්‍ය හෙද නිලධාරී තනතුරට අනුයුක්ත කිරීමට පශ්චාත් ප්‍රාථමික හෙද විදුහල මඟින් පවත්වනු ලබන මාස 06 හෙද පුහුණුවට සුදුස්සන් තෝරා ගැනීම සඳහා නව අයදුම්පත අනුසාරයෙන් අයදුම්පත් යොමු කලයුතු අතර අයදුම්කරුවන් තම අයදුම්පත් අදාළ ආයතන ප්‍රධානීන් මඟින් 2018.11.01 හෝ ඊට පෙර ලැබෙන සේ ඉදිරිපත් කලයුතුය.

03. ඒ අනුව සුදුසුකම් සම්පූර්ණ කල යුතු දිනය 2018.11.01 ලෙස සංශෝධනය කරන අතර මේ වනවිට අයදුම්කර ඇති අයදුම්කරුවන්ද නව ආකෘතියට අනුව අයදුම්පත් යොමු කල යුතු බව කාරුණිකව සලකන්න.

04. එසේම මහජන සෞඛ්‍ය හෙද නිලධාරී තනතුර සඳහා පශ්චාත් ප්‍රාථමික හෙද විදුහලේ පවත්වනු ලබන මාස 06 පුහුණු පාඨමාලාව හා සියලු විභාගයන් ඉංග්‍රීසි මාධ්‍යයෙන් පැවැත්වෙන බව අදාළ නිලධාරීන් දැනුවත් කිරීමට කටයුතු කරන්න.

05. ඉහත සංශෝධන හැර අංක 02-217/2018 හා 2018.09.11 දිනැති පොදු චක්‍රලේඛයේ සඳහන් අනෙකුත් විධිවිධාන එලෙසම බලපැවැත්වේ.

  
 බී. ජී. එස්. ජයාතිලක  
 ලේකම්  
 සෞඛ්‍ය, පෝෂණ හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය

**බී. ජී. එස්. ජයාතිලක**  
 ලේකම්  
 සෞඛ්‍ය, පෝෂණ හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය  
 "සුවසිරිපාය"  
 385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,  
 කොළඹ 10.

- පිටපත්
- 01. සියලුම පළාත් සෞඛ්‍ය ලේකම්වරුන්
  - 02. ප්‍රධාන ලේකම්වරුන් - සියලු පළාත් සභා
  - 03. පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂවරුන්

- දැ.ගැ.ස
- දැ.ගැ.ස
- දැ.ගැ.ස

අයදුම්පත්‍රය

**පශ්චාද් ප්‍රාථමික හෙද විදුහල මගින් පවත්වනු ලබන මාස 06 මහජන සෞඛ්‍ය හෙද නිලධාරී පුහුණුවට බඳවා ගැනීම - 2018**

රේඛීය අමාත්‍යාංශය යටතේ පාලනය වන සුවදිවි මධ්‍යස්ථානයකටද  
 පළාත් සභා යටතේ පාලනය වන සුවදිවි මධ්‍යස්ථානයකටද  
 (එක් ස්ථානයක් ඉදිරියෙන් V සලකුණ යොදන්න)


පළාත් සභා යටතේ පාලනය වන සුවදිවි මධ්‍යස්ථානයකට නම් අදාළ පළාත සඳහන් කරන්න

--

01. මූලකරු සමඟ නම - .....  
 (පැහැදිලි අකුරින්)  
 අනෙකුත් නම් සම්පූර්ණයෙන් - .....
02. ලිපිනය  
 I කාර්යාලිය - .....  
 II පෞද්ගලික - .....
03. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය - .....
04. දුරකථන අංකය  
 I පෞද්ගලික - ..... II රාජකාරි - .....
05. උපන් දිනය  
 2018.11.01 දිනට වයස අවු - ..... මාස - ..... දින - .....
06. I. හෙද / හෙද නිලධාරියක් වශයෙන් ප්‍රථම පත්වීම ලැබූ දිනය - .....  
 (පත්වීම ලිපියේ පිටපතක් අමුණන්න)  
 II. වර්තමාන ශ්‍රේණිය - .....  
 III. වර්තමාන ශ්‍රේණියට උසස් වූ දිනය - .....  
 IV. එම තනතුරේ වැඩ භාරගත් දිනය - .....  
 V. එම සේවයේ කඩවීමක් ඇත් ද? - .....  
 VI. එසේ නම් නැවත සේවයේ පිහිටුවන ලද දිනය - .....  
 VII. හෙද විදුහලේ අවසන් පරීක්ෂණයේ කුසලතාවය - .....
07. අයදුම්කරු / කාරිය දැනට සේවය කරන ආයතනය - .....
08. සුනිකා කර්මය පිළිබඳ පුහුණුවක් ලබා තිබේ ද යන වග - .....
09. ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ/හෙද සභාවේ ලියාපදිංචි වී තිබේ ද යන වග - .....
10. ජාතිය - .....
11. විවාහක / අවිවාහක යන වග - .....

12. සමත් වූ උසස්ම විභාගය හා අධ්‍යාපන මාධ්‍යය - .....

13. රජය යටතේ කලින් සේවය කළේ නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර - .....

1

14. අකාර්යක්ෂමතාවය නිසා මා විශ්‍රාම ගැන්වීමට කටයුතු අරඹා නොමැති බවත් ඊට විරුද්ධව පවත්නා හෝ ඇති වෙනැයි අදහස් කරන විනයානුකූල ක්‍රියාමාර්ගයක් නොමැති බවත් ප්‍රකාශ කරමි. මෙහි මා විසින් සපයන ලද තොරතුරු අසත්‍ය බව හෝ සාවද්‍ය බැව් හෙළි වුවහොත් එසේ සාවද්‍ය බව හෙළි වූයේ තෝරා ගැනීමට පෙර නම් නුසුදුස්සකු වන බවත් තෝරා ගැනීමෙන් පසු හෙළි වුවහොත් මා සේවයෙන් පහ කිරීමට යටත් වන බවත් දනිමි.

.....  
දිනය

.....  
අයදුම්කරුගේ අත්සන

15. විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරීගේ / නිලධාරිනියගේ නිර්දේශය  
..... මයා / මිය / මෙය විසින් ඉදිරිපත් කරන ලද අයදුම්පත නිර්දේශ කරමි / නොකරමි.

දිනය - .....

.....  
විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරි/නිලධාරිණියගේ  
අත්සන හා නිලමුද්‍රාව

16. විෂය භාර කළමනාකරණ සහකාර නිලධාරීන් විසින් පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව සම්පූර්ණ කල යුතුය.
- I. නිලධාරියා / නිලධාරිණිය අයදුම්පත් පියවන අවසාන දිනට පූර්වාසන්න වසර 05 තුල වැටුප් රහිත නිවාඩු ලබා තිබේද යන වග -  
(වැටුප් රහිත නිවාඩු ලබා ඇත්නම් කාල සීමාව සඳහන් කරන්න)  
a. ප්‍රසූත නිවාඩු.....  
b. අනෙකුත් වැටුප් රහිත නිවාඩු.....
  - II. අයදුම්පත් පියවන අවසාන දිනට පූර්වාසන්න වසර 05 තුල නිලධාරියාට විරුද්ධව විනය පරීක්ෂණ කිසිවක් ඇත් ද යන වග - .....
  - III. පහත වර්ෂ වල වැටුප් වර්ධක උපයාගෙන තිබේද (ඔව්/නැත) ලෙස සඳහන් කරන්න.  
2017..... 2014.....  
2016..... 2013.....  
2015.....

..... මයා / මිය / මෙය ගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව ඉහත සඳහන් තොරතුරු හා අංක 01 සිට 13 දක්වා අයදුම්කරු විසින් දක්වා ඇති සියළු තොරතුරු නිවැරදි බව මෙයින් සහතික කරමි. තවද අංක 16 යටතේ මා විසින් සපයන ලද තොරතුරු නිවැරදි බවට සහතික කරමි.

දිනය - .....

.....  
විෂයභාර කළමනාකරණ සහකාරගේ අත්සන

17. පරිපාලන නිලධාරී / රෝහල් ලේකම්ගේ නිර්දේශය

..... මයා / මිය / මෙය ගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව ඉහත සඳහන් තොරතුරු හා අංක 01 සිට 13 දක්වා අයදුම්කරු විසින් දක්වා ඇති සියළු තොරතුරු නිවැරදි බව මෙයින් සහතික කරමි. තවද අංක 16 යටතේ මා විසින් සපයන ලද තොරතුරු නිවැරදි බවට සහතික කරමි.

දිනය - .....

.....  
පරිපාලන නිලධාරී / රෝහල් ලේකම්ගේ අත්සන

18. ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය

..... මයා / මිය / මෙය ගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව අයදුම්පතේ සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය බව සහතික කරමි.

අයදුම්පත නිර්දේශ කරමි./ නොකරමි.

දිනය - .....

.....  
ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන හා නිලමුද්‍රාව

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/08/06/2018  
My No. )

ඔබේ අංකය )  
உமது இல )  
Your No. : )

දිනය )  
திகதி )  
Date ) 2018.10.16

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

பொது சுற்றறிக்கை இலக்கம் - 02-217/2018(1)

பிரதிப் பணிப்பாளர் நாயகம் (இலங்கை தேசிய வைத்தியசாலை),  
மத்திய அரசின் கீழ் நிருவகிக்கப்படுகின்ற  
சகல போதனா வைத்தியசாலைகள் மற்றும் பொது வைத்தியசாலை பணிப்பாளர்கள்,  
வைத்திய அத்தியட்சகர்கள்,  
சகல நிறுவனங்களின் தலைவர்கள்,

பொது சுகாதார தாதி உத்தியோகத்தர் பதவிக்கான பயிற்சிக்கு இணைத்துக்கொள்ளல் (இரண்டாவது குழு)

மேற்படி விடயம் தொடர்பாக வெளியிடப்பட்ட 02-217/2018 இலக்க 2018.09.11ம் திகதிய பொது சுற்றறிக்கையில் இணைப்பு 02 இன் மூலம் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள மாதிரி விண்ணப்பப்படிவத்திற்கு பதிலாக இச் சுற்றறிக்கையுடன் உள்ள மாதிரி விண்ணப்பப்படிவத்தை பயன்படுத்துமாறு இத்தால் அறியத்தருகின்றேன்.

02. அதற்கமைய பொது சுகாதார தாதி உத்தியோகத்தர் பதவிக்கு நியமிப்பதற்கு உயர் கற்கை தாதியர் கல்லூரியினால் நடாத்தப்படும் 06 மாத பயிற்சிக்கு தகுதியானவர்களை தெரிவு செய்வதற்கு புதிய விண்ணப்பப் படிவத்தை பயன்படுத்தி விண்ணப்பித்தல் வேண்டும் என்பதுடன், விண்ணப்பதாரிகள் தமது விண்ணப்பப் படிவங்களை உரிய நிறுவனத் தலைவரினூடாக 2018.11.01 ஆம் திகதி அல்லது அதற்கு முன் கிடைக்கக் கூடியவாறு சமர்ப்பித்தல் வேண்டும்.

03. அதற்கமைய தகைமைகளை பூர்த்தி செய்யும் திகதி 2018.11.01 என திருத்தம் செய்துள்ளதுடன் இதற்கு முன்னர் விண்ணப்பித்த விண்ணப்பதாரிகளும் புதிய படிவத்திற்கு அமைய விண்ணப்பித்தல் வேண்டும் என்பதை தயவுடன் கருத்திற்கொள்ளவும்.

04. அத்துடன் பொது சுகாதார தாதி உத்தியோகத்தர் பதவிக்காக உயர் கற்கை தாதியர் கல்லூரியினால் நடாத்தப்படும் 06 மாத கற்கை நெறி மற்றும் சகல பரீட்சைகளும் ஆங்கில மொழியில் நடாத்தப்படும் என்பதை உரிய அலுவலர்களுக்கு அறிவிக்க நடவடிக்கை எடுக்கவும்.

05. மேற்படி திருத்தம் தவிர 02 -217/2018 இலக்க 2018.09.11ம் திகதிய பொது சுற்றறிக்கையின் ஏனைய விதிமுறைகள் அவ்வாறே வலுவில் இருக்கும்.

பி.ஜி.எஸ் குணதிலக்க  
செயலாளர்

சுகாதார, போசணை மற்றும் சுதேச வைத்திய அமைச்சு

Ministry of Health, Nutrition & Indigenous Medicine  
"Suwasiripaya"  
385, Rev. Baddegama Wimalawansa Thero Mawatha,  
Colombo 10, Sri Lanka

பிரதிகள் :

- |   |              |
|---|--------------|
| 01. சகல மாகாண சுகாதார செயலாளர்கள்       | - தகவலுக்காக |
| 02. சகல மாகாண பிரதான செயலாளர்கள்        | - தகவலுக்காக |
| 03. மாகாண சுகாதார சேவைகள் பணிப்பாளர்கள் | - தகவலுக்காக |

உயர் தாதிய பயிற்சிக் கல்லூரியினால் நடாத்தப்படும் 06 மாத கால பொது சுகாதார தாதிய உத்தியோகத்தர் பயிற்சி நெறிக்கு ஆட்சேர்ப்பு செய்தல் - 2018

மத்திய அமைச்சின் கீழ் நிருவகிக்கப்படும் ஆரோக்கிய வாழ்வு நிலையமா

மாகாண சபையினால் நிருவகிக்கப்படும் ஆரோக்கிய வாழ்வு நிலையமா   
(ஏதாவது தெரிவின் முன்னர் ✓ அடையாளம் இடவும்)

மாகாண சபையின் கீழ் நிருவகிக்கப்படும் ஆரோக்கிய வாழ்வு மையத்திற்காயின் உரிய மாகாணத்தினை குறிப்பிடுக.

1. முதலெழுத்துக்களுடன் பெயர்: .....  
(தெளிவான எழுத்துக்களில்)

ஏனைய பெயர்கள் முழுமையாக: .....

2. முகவரி:

i. அலுவலக : .....

ii. தனிப்பட்ட : .....

3. தேசிய அடையாள அட்டை இல: .....

4. தொலைபேசி இல:

i. தனிப்பட்ட : ..... ii. அலுவலக:.....

5. பிறந்த திகதி:

2018.11.01 ஆம் தினத்துடன் வயது : வருடம்:..... மாதங்கள்:..... நாட்கள்: .....

6. i. தாதிய உத்தியோகத்தராக முதலாவதாக நியமனம் பெற்ற திகதி: .....  
(நியமனக் கடிதத்தின் பிரதியினை இணைக்குக.)

ii. தற்போதய தரம்: .....

iii. தற்போதய தரத்துக்கு உயர்வு பெற்ற திகதி: .....

iv. அப்பதவியில் கடமையைப் பொறுப்பேற்ற தினம்: .....

v. இச் சேவை இடைநிறுத்தப்பட்டதா? .....

vi. ஆயின் மீண்டும் சேவையில் இணைத்துக்கொள்ளப்பட்ட திகதி :.....

vii. தாதிய பயிற்சிக் கல்லூரியின் இறுப்பரீட்சையினது தகைமை :.....

7. விண்ணப்பதாரி தற்சமயம் பணிபுரியும் சேவை நிலையம் : .....

8. மகப்பேற்று முறை பயிற்சியைப் பெற்றுள்ளீரா என்பது பற்றி :.....

9. இலங்கை வைத்திய சபை / தாதிய சபையில் பதிவு செய்யப்பட்டுள்ளாரா என்பது பற்றி :.....

10. இனம் :.....

11. விவாகமானவர் / விவாகமாகாதவர் என்பது பற்றி :.....

12. சித்தியடைந்துள்ள அதி உயர் பரீட்சை மற்றும் கற்ற மொழி :.....

13. அரச சேவையில் முன்னர் கடமையாற்றியிருப்பின் அது பற்றிய விபரம்:.....

14. வினைத்திறனின்மையின் காரணமாக எனக்கு ஓய்வு வழங்குவதற்கான ஒழுங்குகள் மேற்கொள்ளப்படவில்லை என்பதையும் அதற்கு எதிராக எடுக்கப்படும் அல்லது எடுக்கப்படலாம் என கருதும் ஒழுக்காற்று நடவடிக்கைகள் இல்லை என்பதையும் தெரிவித்துக்கொள்கின்றேன். இங்கு என்னால் வழங்கப்பட்டுள்ள தகவல் உண்மையற்றவை அல்லது பொய்யானவை என தெரியவருமிடத்து அவ்வாறு தெரிவிய வருவது பயிற்சி நெறி ஆரம்பிக்கப்பட முன்னராயின் தகுதியற்றவரோவேன் என்பதையும் தெரிவு செய்யப்பட்டதன் பின்னராயின் பணித்தடைக்குள்ளாவேன் என்பதையும் நன்கு அறிவேன் என்பதை தெரிவித்துக்கொள்கின்றேன்.

.....  
திகதி

.....  
விண்ணப்பதாரியின் ஓப்பம்

15. வினா தர தாதியின் பரிந்துரை :

திரு / திருமதி / செல்வி .....

என்பவரால்

சமர்ப்பிக்கப்பட்டுள்ள விண்ணப்பத்தினை பரிந்துரை செய்கின்றேன் / பரிந்துரை செய்யவில்லை.

திகதி:.....

வினா தர தாதியின் ஒப்பம்

16. விடயப் பொறுப்பு முகாமைத்துவ உத்தியோகத்தரால் தனிநபர் கோவைக்கு அமைவாக பூரணப்படுத்தப்பட வேண்டும்.

i. உத்தியோகத்தர் விண்ணப்பம் ஏற்றுக்கொள்ளப்படும் இறுதித் திகதிக்கு கிட்டிய 05 வருடங்களுக்குள் சம்பளமற்ற விடுமுறைகள் பெற்றுள்ளாரா என்பது பற்றி: .....  
(சம்பளமற்ற விடுமுறை பெற்றிருப்பின் கால வரையறையினை குறிப்பிடுக.)

அ. பிரசவ விடுமுறை:.....

ஆ. ஏனைய சம்பளமற்ற விடுமுறை:.....

ii. விண்ணப்பம் ஏற்றுக்கொள்ளப்படும் இறுதித் திகதிக்கு கிட்டிய 05 வருடங்களுக்குள் உத்தியோகத்தருக்கு எதிராக ஒழுக்காற்று விசாரணைகள் ஏதும் உள்ளதா என்பது பற்றி :

iii. கீழ் குறிப்பிடப்படும் ஆண்டுகளில் சம்பள ஏற்றம் எய்தப்பெற்றுள்ளதா (ஆம் / இல்லை) என குறிப்பிடுக.

2017 : .....

2014 : .....

2016 : .....

2013 : .....

2015 : .....

திரு / திருமதி / செல்வி .....

யினது தனிநபர்

கோவைக்கு அமைவாக மேற்படி விபரங்கள் மற்றும் இல 01 தொடக்கம் 13 வரை விண்ணப்பதாரியினால் வழங்கப்பட்டுள்ள தகவல்கள் சரியானவை என்பதை உறுதிப்படுத்துகின்றேன். மேலும் இல. 16 யில் என்னால் வழங்கப்பட்டுள்ள தகவல்கள் சரியானவை என்பதையும் உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

திகதி:.....

விடயப் பொறுப்பு முகாமைத்து

உத்தியோகத்தர் ஒப்பம்

17. நிருவாக உத்தியோகத்தர் / வைத்தியசாலை செயலாளரின் பரிந்துரை

திரு / திருமதி / செல்வி .....

யினது

தனிநபர் கோவைக்கு அமைவாக மேற்படி விபரங்கள் மற்றும் இல 01 தொடக்கம் 13 வரை விண்ணப்பதாரியினால் வழங்கப்பட்டுள்ள தகவல்கள் சரியானவை என்பதை உறுதிப்படுத்துகின்றேன். மேலும் இல. 16 யில் என்னால் வழங்கப்பட்டுள்ள தகவல்கள் சரியானவை என்பதையும் உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

திகதி:.....

நிருவாக உத்தியோகத்தர் /

வைத்தியசாலை செயலாளரின் ஒப்பம்

18. நிறுவனத் தலைவரின் பரிந்துரை

திரு / திருமதி / செல்வி .....

யினது தனிநபர்

கோவைக்கு அமைவாக விண்ணப்பித்தில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள விபரங்கள் உண்மையானவை என உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

விண்ணப்பத்தினை பரிந்துரை செய்கின்றேன் / பரிந்துரை செய்யவில்லை

திகதி:.....

நிறுவனத் தலைவரின் ஒப்பம்

மற்றும் பதவி முத்திரை