

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) NA/10/21/2021- රේඛීය අමාත්‍යාංශය
 எனது இல)
 My No.)

ඔබේ අංකය)
 உமது இல)
 Your No.)

දිනය) 2022.03 25
 திகதி)
 Date)

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය சுகாதார அமைச்சு Ministry of Health

පොදු චක්‍රලේඛ අංක - 02 - 26 / 2022

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 (තෙවන කණ්ඩායම)

දිවයිනේ පවතින සුවදිවි මධ්‍යස්ථාන සඳහා මහජන සෞඛ්‍ය හෙද නිලධාරීන් යොදවා මහජන සෞඛ්‍ය ක්ෂේත්‍රය ශක්තිමත් කිරීමට රජය විසින් තීරණය කර ඇත. ඒ සඳහා අවස්ථානුකූලව 'මහජන සෞඛ්‍ය හෙද නිලධාරී' යන තනතුරු නාමයෙන් එම නිලධාරීන් හැඳින්වීමට අභ්‍යන්තර වශයෙන් කටයුතු කිරීමට කලමනාකරණ සේවා දෙපාර්තමේන්තුවේ අධ්‍යක්ෂ ජනරාල්ගේ අංක DMS/0016/SLNS හා 2017.07.13 දිනැති ලිපියෙන් එකඟතාවය ලැබී ඇත.

02. ඒ අනුව කළුතර ජාතික සෞඛ්‍ය විද්‍යායතනය යටතේ පාලනය වන සුවදිවි මධ්‍යස්ථාන 06 කට හා පළාත් සභා යටතේ පාලනය වන සුවදිවි මධ්‍යස්ථාන සඳහා මහජන සෞඛ්‍ය හෙද නිලධාරී තනතුරට අනුයුක්ත කිරීමට පශ්චාත් ප්‍රාථමික හෙද විදුහල මගින් පවත්වනු ලබන මාස 06 හෙද පුහුණුව සඳහා බඳවා ගැනීමට පහත සුදුසුකම් සහිත හෙද නිලධාරීන්ගෙන් අයදුම්පත් කැඳවනු ලැබේ. රේඛීය අමාත්‍යාංශයට හා එක් එක් පළාත සඳහා බඳවා ගැනීමට නියමිත සංඛ්‍යාව ඇමුණුම 01 මගින් දැක්වෙන අතර රේඛීය අමාත්‍යාංශය යටතේ පවතින පුරප්පාඩු පහත සඳහන් වේ.

අනු අංකය	සුවදිවි මධ්‍යස්ථානය	පවතින පුරප්පාඩු සංඛ්‍යාව
01	මහනීතටියංගල	01
02	කොහොලාන	01
03	හල්කදවිල	01
04	අලුත්ගම	01
05	බේරුවල	01
06	බඳනගොඩ	01
		06

03. සුදුසුකම්

1. හෙද නිලධාරියෙකු ලෙස විධිමත් පත්වීම් ලබා අවම වශයෙන් වසර දෙක (02)ක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කර තිබීම.
2. මනා ශාරීරික යෝග්‍යතාවයකින් යුක්ත වීම හා වයස අවුරුදු 45ට අඩුවීම.
3. පූර්වාසන්නතම වසර දෙක (02) තුළ නියමිත වැටුප් වර්ධක සියල්ල උපයාගෙන තිබීම හා සක්‍රීය හා සතුටුදායක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කර තිබීම.

04. පුහුණුවට තෝරා ගන්නා අන්දම

අංක 03 යටතේ සඳහන් සුදුසුකම් සපුරාලන අයදුම්කරුවන්ගෙන් ලැබෙන අයදුම්පත් පරිගණක ගතකර අදාළ නිලධාරීන්ගේ මුල්පත්වීම් දිනයට අනුව සකස් කරන ලද ජ්‍යෙෂ්ඨතා ලේඛනයට අනුව සුදුස්සන් තෝරා ගැනීම සිදුකරන අතර ඉහත 03 හි දැක්වෙන සුදුසුකම් අයදුම්පත් පියවන දිනය වන 2022.05.01 දිනට සම්පූර්ණ කර තිබේද යන්න පරීක්ෂා කරනු ලැබේ. එකම දිනයේ පත්වීම් ලද නිලධාරීන් සිටියහොත් ඔවුන් හෙද විදුහලේදී අවසන් පරීක්ෂණයේ කුසලතාවයට අනුව සකස් කරන ලද ජ්‍යෙෂ්ඨතා ලේඛනයට අනුව අනුයුක්ත කරනු ලබන සුවදිවි මධ්‍යස්ථානය තීරණය කරනු ලැබේ.

සැලකිය යුතුයි

1. පළාත් සභා යටතේ පාලනය වන සුවදිවි මධ්‍යස්ථාන වලට අයදුම්කල හෙද නිලධාරීන්ගේ අයදුම්පත් අදාළ පළාත් වෙත යොමු කලයුතු අතර අදාළ පළාත විසින් ජ්‍යෙෂ්ඨතා ලේඛනයක් සකස් කිරීමෙන් අනතුරුව සුවදිවි මධ්‍යස්ථාන වලට තෝරාගනු ඇත. එසේ තෝරා ගන්නා හෙද නිලධාරීන් සඳහා එම පළාතේ පුරප්පාඩු පවතින සුවදිවි මධ්‍යස්ථානවල ලේඛනයක් ලබා දෙනු ඇති අතර තමන් අනුයුක්ත වීමට අපේක්ෂිත සුවදිවි මධ්‍යස්ථානය සඳහා මනාප ලබාදිය යුතුය. එම මනාපය හා ජ්‍යෙෂ්ඨත්වය සලකා බලා එක් එක් සුවදිවි මධ්‍යස්ථාන වෙත අනුයුක්ත කරනුයේ කවරෙක්ද යන්න අදාළ පළාත් සභා විසින් තීරණය කරනු ඇත.
2. එසේ පළාත් සභාව විසින් තෝරාගන්නා ලද හෙද නිලධාරීන්ගේ නාම ලේඛනය අප වෙත එවීමෙන් පසු ඔවුන් අදාළ පළාත වෙත මුදා හරිනු ලබන අතර පුහුණුව ලබන කාලය තුළ අදාළ වැටුප් හා දීමනා අදාළ පළාතින් ගෙවනු ලැබේ.
3. මාස 06 පුහුණුව සාර්ථකව සම්පූර්ණ කරන හෙද නිලධාරීන් පුහුණුවෙන් පසු මහජන සෞඛ්‍ය හෙද නිලධාරී තනතුරට පත්කර ඔවුන් තෝරා ගන්නා ලද සුවදිවි මධ්‍යස්ථාන වෙත අනුයුක්ත කරනු ලැබේ.
4. රේඛීය අමාත්‍යාංශය යටතේ පාලනය වන සුවදිවි මධ්‍යස්ථාන වෙත තෝරා ගන්නා ලද හෙද නිලධාරීන් පුහුණුවට පෙර තමන් අනුයුක්ත වීමට අපේක්ෂිත සුවදිවි මධ්‍යස්ථානය සඳහා මනාප ලබා දියයුතු අතර එම මනාපය හා ජ්‍යෙෂ්ඨත්වය සලකාබලා එක් එක් සුවදිවි මධ්‍යස්ථාන සඳහා තෝරා ගනු ලැබේ.

05. අයදුම්කල යුතු පිළිවෙල

1. ඇමුණුම 02 මගින් දැක්වෙන ආකෘතිය අනුසාරයෙන් අයදුම්පත් පිළියෙල කල යුතු අතර අයදුම්කරුවන් තම අයදුම්පත් අදාළ ආයතන ප්‍රධානීන්ට 2022.05.01 දිනට හෝ ඊට ප්‍රථම ලැබෙන සේ ඉදිරිපත් කල යුතුය. ආයතන ප්‍රධානීන්ට ලැබෙන අයදුම්පත්වල අදාළ කොටුවේ සිය නිර්දේශය සඳහන් කර 2022.06.01 දිනට හෝ ඊට ප්‍රථම පහත දැක්වෙන පරිදි අදාළ ලිපිනයන්ට ලියාපදිංචි තැපෑලෙන් එවිය යුතුය.

ආයතනය/පළාත	ලිපිනය
රේඛීය අමාත්‍යාංශය	අධ්‍යක්ෂ (පාලන) 01, සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය, සුවසිරිපාය, කොළඹ 10
බස්නාහිර පළාත	ලේකම්, පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය, බස්නාහිර පළාත, ඩෙන්සිල් කොබ්බෑකඩුව මාවත, බත්තරමුල්ල, කොස්වත්ත
දකුණු පළාත	ලේකම්, පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය, දකුණු පළාත, අංක 15, ලෝවර් ඩික්සන් පාර, ගාල්ල
ඌව පළාත	ලේකම්, පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය, ඌව පළාත, අංක 301, ආර්.එච්.ගුණවර්ධන මාවත, බදුල්ල
වයඹ පළාත	ලේකම්, පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය, වයඹ පළාත, 3වැනි මහල, පළාත් සභා කාර්යාල සංකීර්ණය, කුරුණෑගල
නැගෙනහිර පළාත	ලේකම්, පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය, නැගෙනහිර පළාත, ඇතුළු වරාය පාර, ත්‍රිකුණාමලය
උතුරු මැද පළාත	ලේකම්, පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය, උතුරු මැද පළාත, පළාත් සභා පරිපාලන ගොඩනැගිලි සංකීර්ණය, පළමු මහල, හරිස්චන්ද්‍ර මාවත, අනුරාධපුර
උතුරු පළාත	ලේකම්, පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය, උතුරු පළාත, සෞඛ්‍ය ගම්මාන, පන්තායී, යාපනය
සබරගමුව පළාත	ලේකම්, පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය, සබරගමුව පළාත, පළාත් සභා සංකීර්ණය, නව නගරය, රත්නපුර
මධ්‍යම පළාත	ලේකම්, පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය, මධ්‍යම පළාත, අංක 121, සංඝරාජ මාවත, මහනුවර

2. ආයතන ප්‍රධානියා විසින් අදාළ අයදුම්පත් යොමු කිරීමේදී අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කර ඇති සියළුම අයදුම්කරුවන්ගේ නාම ලේඛනයක් සහිතව ආවරණ ලිපියක් මගින් අයදුම්පත් යොමු කළ යුතුය.
3. නියමිත දිනට පසුව ලැබෙන අයදුම්පත් කිසිම හේතුවක් මත භාරගනු නොලැබේ. නියමිත ආකෘති පත්‍රය ප්‍රකාරව පිළියෙල කර නොගත් අයදුම්පත් හා සුදුසුකම් නොමැති අයදුම්කරුවන්ගේ අයදුම්පත් ඉදිරිපත් නොකිරීමට ආයතන ප්‍රධානියා වග බලා ගත යුතුය. නියමිත ආකෘති පත්‍ර ප්‍රකාරව පිළියෙල කර නොගත් අයදුම්පත්, සුදුසුකම් නොමැති අයදුම්කරුවන්ගේ අයදුම්පත් හා නියමිත දිනට පසුව ලැබෙන අයදුම්පත් කිසිදු දැනුම් දීමකින් තොරව ප්‍රතික්ෂේප කරනු ලැබේ.

06. තෝරාගන්නා අයදුම්කරුවන් පශ්චාද් ප්‍රාථමික හෙද විදුහලේ මාස 06ක පුහුණුවට අනුයුක්ත කරන අතර පුහුණුවෙන් පසු අදාළ සුවදිවි මධ්‍යස්ථාන වෙත අනුයුක්ත කරනු ලබන අතර එහි වසර 4ක කාලයක් අවම වශයෙන් සේවය කළ යුතුය. එසේ පුහුණුවෙන් පසු නමා තෝරාගන්නා වූ සුවදිවි මධ්‍යස්ථාන වෙත වාර්තා කරන බවට සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් සමඟ රු.100,000ක ඇපකරයකට හා ගිවිසුමකට එලඹිය යුතුය. පුහුණුව ලබන කාලය තුළ පුහුණුවෙන් ඉවත්වුවහොත් හෝ ඉවත්කළහොත් හෝ පුහුණුව හැර ගියහොත් ගිවිසුම්ගත මුදල, පුහුණු කාලය තුළදී ඔහුට/ඇයට ගෙවන ලද දීමනා හා රජය විසින් පුහුණුව සඳහා දරණ ලද වියදම් සඳහා වැය වූ මුදල ඔහු හෝ ඇය විසින් දෙපාර්තමේන්තුවට ගෙවිය යුතු වේ. එසේ නොවුවහොත් එම මුදල අයකර ගැනීමට නීති පියවර ගනු ඇත.

07. මෙම නිවේදනයේ සඳහන් කරුණු ඔබ ආයතනයේ සෑම හෙද/හෙදි නිලධාරියෙකුටම දැන්වීමට කටයුතු කරන්න. මෙහි සඳහන් නොවන වෙනත් කරුණු සම්බන්ධයෙන් ආයතන සංග්‍රහය හා රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා කාර්ය පටිපාටික රීති සංග්‍රහය ප්‍රකාරව අවසන් තීරණය මා විසින් ගනු ලබන බවත් සඳහන් කරමි. මෙම චක්‍රලේඛයේ සිංහල, දෙමළ හා ඉංග්‍රීසි භාෂා අතර අනනුකූලතාවයක් ඇතිවුවහොත් සිංහල පාඨය බලපැවැත්වේ.

වෛද්‍ය එස්. එච්. මුණසිංහ

ලේකම්

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය

"සුවසිරිපාය"

385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත, කොළඹ 10.

වෛද්‍ය එස්.එච්.මුණසිංහ
ලේකම්
සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය

අනු අංකය	සුවදිවි මධ්‍යස්ථානය අයත් ආයතනය / පළාත	බඳවා ගැනීමට අපේක්ෂිත සුවදිවි මධ්‍යස්ථානය සංඛ්‍යාව
01	කළුතර ජාතික සෞඛ්‍ය විද්‍යායතනය	06
02	බස්නාහිර පළාත	42
03	දකුණු පළාත	43
04	මධ්‍යම පළාත	33
05	වයඹ පළාත	27
06	උතුරු මැද පළාත	25
07	සබරගමුව පළාත	24
08	ඌව පළාත	18
09	නැගෙනහිර පළාත	46
10	උතුරු පළාත	44
		308

අයදුම්පත්‍රය

සේවාදේශීය ප්‍රාථමික හෙද විදුහල මගින් පවත්වනු ලබන මාස 06 මහජන සෞඛ්‍ය හෙද නිලධාරී පුහුණුවට බඳවා ගැනීම - 2021

රේඛීය අමාත්‍යාංශය යටතේ පාලනය වන සුවිදිවි මධ්‍යස්ථානයකටද
පළාත් සභා යටතේ පාලනය වන සුවිදිවි මධ්‍යස්ථානයකටද
(එක් ස්ථානයක් ඉදිරියෙන් ✓ සලකුණ යොදන්න)

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

--

01. මූලකරු සමඟ නම -
(පැහැදිලි අකුරින්)
අනෙකුත් නම් සම්පූර්ණයෙන් -

02. ලිපිනය
I කාර්යාලීය -
II පෞද්ගලික -

03. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය -

04. දුරකථන අංකය
I පෞද්ගලික -..... II රාජකාරි -.....

05. උපන් දිනය
2021.12.01 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 -

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 නිලධාරියෝ / නිලධාරිනියෝ 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.

2021.....	2018.....
2020.....	2017.....
2019.....	

..... 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 විෂය භාර කළමනාකරණ සහකාර 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

දුරකථනය) 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/10/21/2021-செவிய அமையம்
My No.)

ඔබේ අංකය)
உமது இல)
Your No. :)

දිනය)
திகதி) 2022.03.21
Date)

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය
சுகாதார அமைச்சு
Ministry of Health

பொது சுற்றறிக்கை இலக்கம் - 02 - 26 / 2022

பிரதிப்பணிப்பாளர் நாயகம் (இலங்கை தேசிய வைத்தியசாலை)
மத்திய அரசின் கீழ் நிர்வகிக்கப்படும்
அனைத்து போதனா வைத்தியசாலைகள் மற்றும் பொது வைத்தியசாலைகளின் பணிப்பாளர்கள்,
வைத்திய அத்தியட்சகர்கள்,
அனைத்து நிறுவனங்களின் தலைவர்கள்,

பொது சுகாதார தாதி உத்தியோகத்தர் பதவிக்கான பயிற்சிக்கு ஆட்சேர்த்தல் (முன்றாவது குழு)

நாடளாவிய ரீதியில் அமையப்பெற்றுள்ள ஆரோக்கிய நிலையங்களுக்கு (சுவதிவி நிலையங்களுக்கு) பொது சுகாதார தாதி உத்தியோகத்தர்களை ஈடுபடுத்துவதன் மூலம் பொது சுகாதாரத் துறையை வலுப்படுத்த அரசாங்கம் தீர்மானித்துள்ளது. அதற்காக தேவைக்கேற்ப “பொது சுகாதார தாதி உத்தியோகத்தர்” எனும் பதவிப் பெயரில் அந்த உத்தியோகத்தர்களை அடையாளப்படுத்தும் பொருட்டு உள்ளக ரீதியில் நடவடிக்கை எடுப்பதற்கு முகாமைத்துவ சேவை திணைக்களத்தின் பணிப்பாளர் நாயகத்தின் 2017.07.13ஆம் திகதிய DMS/0016/SLNS எனும் இலக்க கடிதத்தில் இணக்கம் தெரிவித்துள்ளது.

02. அதன்படி, கருத்துறை தேசிய சுகாதார நிறுவனத்தின் கீழ் நிர்வகிக்கப்படும் 06 ஆரோக்கிய நிலையங்களுக்கும் மற்றும் மாகாண சபையின் கீழ் நிர்வகிக்கப்படும் ஆரோக்கிய நிலையங்களுக்கும் பொது சுகாதார தாதி உத்தியோகத்தர் பதவிக்கு நியமிக்கும் பொருட்டு தாதியர் உயர்கற்கை கல்லூரியினால் நடாத்தப்படுகின்ற 06 மாத கால பயிற்சிக்கு ஆட்சேர்ப்பதற்காக பின்வரும் தகைமைகளைக் கொண்டுள்ள தாதி உத்தியோகத்தர்களிடமிருந்து விண்ணப்பங்கள் கோரப்படுகின்றன. மத்திய அரசிற்கும் மற்றும் ஒவ்வொரு மாகாணத்திற்கும் ஆட்சேர்ப்பதற்கு தீர்மானிக்கப்பட்டுள்ளவர்களின் எண்ணிக்கை இணைப்பு 01 இல் குறிப்பிடப்பட்டுள்ளதுடன் மத்திய அரசின் கீழ் காணப்படும் வெற்றிடங்கள் பின்வருமாறு.

தொடர் இலக்கம்	ஆரோக்கிய நிலையம்	நிலவும் வெற்றிடங்களின் எண்ணிக்கை
01	மஹலீனட்டியங்கல	01
02	கொஹொலான	01
03	கல்கந்தவில	01
04	அழுத்தம	01
05	பேருவல	01
06	புதனகொட	01
		06

03. தகைமைகள் :

1. தாதி உத்தியோகத்தராக முறையான நியமனம் பெற்று குறைந்தபட்சம் இரண்டு (02) வருட சேவைக் காலத்தைப் பூர்த்தி செய்திருத்தல்.
2. சிறந்த உடல் ஆரோக்கியத்தை கொண்டிருத்தல் மற்றும் 45 வயதிற்கு குறைவாக இருத்தல்.
3. கிட்டிய இரண்டு (02) வருடங்களுக்குள் உரிய சம்பள ஏற்றங்கள் அனைத்தையும் உழைத்துப்பெற்றிருத்தல் மற்றும் தொடர்ச்சியான மற்றும் திருப்திகரமான சேவைக்காலத்தைப் பூர்த்தி செய்திருத்தல்.

04. பயிற்சிக்கு தெரிவு செய்யும் முறை

இலக்கம் 03 இன் கீழ் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள தகைமைகளைப் பூர்த்தி செய்துள்ள விண்ணப்பதாரிகளிடமிருந்து கிடைக்கப்பெறும் விண்ணப்பங்கள் கணனிமயப்படுத்தி உரிய உத்தியோகத்தர்களின் முதல் நியமனத்திகதிக்கு அமைய தயாரிக்கப்படும் சேவை மூப்புப் பட்டியலுக்கு அமைய தகுதியானவர்கள் தெரிவு செய்யப்படுவார்கள் என்பதுடன், மேலே 03 இல் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள தகைமைகளை விண்ணப்ப முடிவு திகதியான 2022.05.01 ஆம் திகதிக்கு பூர்த்தி செய்துள்ளாரா என்பது பற்றி பரிசீலிக்கப்படும். ஒரே தினத்தில் நியமனம் பெற்ற உத்தியோகத்தர்கள் இருப்பின் அவர்கள் மாணவ தாதியர் பயிற்சியின் இறுதிப் பரீட்சையில் பெற்ற புள்ளிகளின் திறமையின் அடிப்படையில் சேவை மூப்பு பட்டியலில் உள்வாங்கி அதன்படி சேவைக்கு அமர்த்துவதற்கு எதிர்பார்க்கப்படும் ஆரோக்கிய நிலையம் தீர்மானிக்கப்படும்.

கவனிக்க வேண்டியவை

1. மாகாண சபையின் கீழ் நிர்வகிக்கப்படும் ஆரோக்கிய நிலையங்களுக்கு விண்ணப்பித்த தாதி உத்தியோகத்தர்களின் விண்ணப்பங்கள் உரிய மாகாணங்களுக்கு அனுப்பப்படல் வேண்டும் என்பதுடன், உரிய மாகாணத்தினால் சேவை மூப்பு பட்டியலொன்று தயாரிக்கப்பட்டு அதற்கமைய ஆரோக்கிய நிலையங்களுக்கு தெரிவு செய்யப்படுவார்கள். அவ்வாறு தெரிவு செய்யப்பட்ட தாதி உத்தியோகத்தர்களுக்கு அந்த மாகாணத்தில் வெற்றிடங்கள் நிலவும் ஆரோக்கிய நிலையங்களின் பட்டியல் வழங்கப்படும் என்பதுடன், தாம் விரும்பும் ஆரோக்கிய நிலையத்திற்கு விருப்பத் தெரிவுகளை வழங்க வேண்டும். அந்த விருப்பத் தெரிவுகள் மற்றும் சேவை மூப்பு என்பவற்றை கருத்திற்கொண்டு ஒவ்வொரு ஆரோக்கிய நிலையத்திற்கும் நியமிக்கப்படுபவர்கள் குறித்து உரிய மாகாணத்தினால் தீர்மானிக்கப்படும்.
2. அவ்வாறு மாகாணத்தினால் தெரிவு செய்யப்பட்ட தாதி உத்தியோகத்தர்களின் பெயர் பட்டியல் எமக்கு அனுப்பி வைக்கப்பட்ட பின்னர் அவர்கள் உரிய மாகாணங்களுக்கு விடுவிக்கப்படுவார் என்பதுடன், அவர் பயிற்சி பெறும் காலத்தில் அவருக்குரிய சம்பளம் மற்றும் கொடுப்பனவுகள் உரிய மாகாணத்தினால் வழங்கப்படும்.
3. 06 மாத பயிற்சியை சிறப்பாக நிறைவு செய்த தாதி உத்தியோகத்தர்கள் பயிற்சியின் பின்னர் பொது சுகாதார தாதி உத்தியோகத்தர் பதவிக்கு நியமிக்கப்பட்டு அவர்கள் தெரிவு செய்யப்பட்ட ஆரோக்கிய நிலையத்திற்கு சேவைக்கு அமர்த்தப்படுவார்கள்.
4. மத்திய அரசின் கீழ் நிர்வகிக்கப்படும் ஆரோக்கிய நிலையங்களுக்கு தெரிவு செய்யப்பட்ட தாதி உத்தியோகத்தர்கள் பயிற்சிக்கு முன்னர் தாம் இணைவதற்கு எதிர்பார்க்கும் ஆரோக்கிய நிலையங்களுக்கு விருப்பத் தெரிவுகளை வழங்க வேண்டும் என்பதுடன், அந்த விருப்பத் தெரிவுகள் மற்றும் சேவை மூப்பு என்பவற்றை கருத்திற்கொண்டு ஒவ்வொரு ஆரோக்கிய நிலையத்திற்கும் தெரிவு செய்யப்படுவார்கள்.

05. விண்ணப்பிக்கும் முறை

1. இணைப்பு 02 இல் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள மாதிரிப் படிவத்திற்கு அமைய விண்ணப்பங்கள் தயாரிக்கப்படல் வேண்டும் என்பதுடன், விண்ணப்பதாரிகள் தமது விண்ணப்பங்களை உரிய நிறுவனத் தலைவர்களுக்கு 2022.05.01 ஆம் திகதி அல்லது அதற்கு முன்னர் கிடைக்கக் கூடியவாறு சமர்ப்பித்தல் வேண்டும். நிறுவனத் தலைவர்களுக்கு கிடைக்கும் விண்ணப்பங்களில் உரிய இடத்தில் தமது பரிந்துரையைக் குறிப்பிட்டு, 2022.06.01 ஆம் திகதி அல்லது அதற்கு முன்னர் கீழே குறிப்பிடப்பட்டுள்ளவாறு உரிய முகவரிக்கு பதிவுத் தபால் மூலம் அனுப்புதல், வேண்டும்.

நிறுவனம்/ மாகாணம்	முகவரி
மத்திய அரசு	பணிப்பாளர் (நிர்வாகம்) 01, சுகாதார அமைச்சு, சுவசிரிபாய, கொழும்பு 10
மேல் மாகாணம்	செயலாளர், மாகாண சுகாதார அமைச்சு, மேல் மாகாணம், டென்சில் கொப்பேகடுவ மாவத்தை, பத்தரமுல்ல, கொஸ்வத்த
தென் மாகாணம்	செயலாளர், மாகாண சுகாதார அமைச்சு, தென் மாகாணம், இலக்கம் 15, லோவர் டிக்கஸன் வீதி, காலி
ஊவா மாகாணம்	செயலாளர், மாகாண சுகாதார அமைச்சு, ஊவா மாகாணம், 301, ஆர்.எச். குணவர்தன மாவத்தை, பதுளை
வடமேல் மாகாணம்	செயலாளர், மாகாண சுகாதார அமைச்சு, வடமேல் மாகாணம், 3 வது மாடி, மாகாண சபை அலுவலக கட்டிடத்தொகுதி, குருணாகல்
கிழக்கு மாகாணம்	செயலாளர், மாகாண சுகாதார அமைச்சு, கிழக்கு மாகாணம், உள் துறைமுக வீதி, திருகோணமலை
வட மத்திய மாகாணம்	செயலாளர், மாகாண சுகாதார அமைச்சு, வட மத்திய மாகாணம், மாகாண சபை நிர்வாகக் கட்டிடத் தொகுதி, முதலாம் மாடி, ஹரிஸ்சந்திர மாவத்தை, அனுராதபுரம்
வட மாகாணம்	செயலாளர், மாகாண சுகாதார அமைச்சு, வட மாகாணம், சுகாதாரக் கிராமம், பண்ணை, யாழ்ப்பாணம்.
சபரகமுவ மாகாணம்	செயலாளர், மாகாண சுகாதார அமைச்சு, சபரகமுவ மாகாணம், மாகாண சபை கட்டிடத் தொகுதி, புதிய நகரம், இரத்தினபுரி
மத்திய மாகாணம்	செயலாளர், மாகாண சுகாதார அமைச்சு, மத்திய மாகாணம், இலக்கம் 121, சங்கராஜ மாவத்தை, கண்டி

2. நிறுவனத்தலைவரினால் விண்ணப்பங்களை அனுப்பும் போது விண்ணப்பங்கள் சமர்ப்பித்த சகல விண்ணப்பதாரர்களினதும் பெயர் பட்டியல் அடங்கிய இணைப்புக்கடிதத்துடன் விண்ணப்பங்களை சமர்ப்பித்தல் வேண்டும்.
3. உரிய திகதிக்கு பின்னர் கிடைக்கப்பெறும் விண்ணப்பங்கள் எக்காரணம் கொண்டும் ஏற்றுக்கொள்ளப்பட மாட்டாது. மாதிரி விண்ணப்பத்திற்கு அமைய தயாரிக்கப்படாத விண்ணப்பங்கள் மற்றும் தகைமையற்ற விண்ணப்பதாரிகளின் விண்ணப்பங்களை சமர்ப்பிக்காதிருத்தல் நிறுவனத்தலைவரின் பொறுப்பாகும். உரிய விண்ணப்பத்திற்கு அமைய தயாரிக்கப்படாத விண்ணப்பங்கள், தகைமையற்ற விண்ணப்பதாரிகளின் விண்ணப்பங்கள் மற்றும் குறித்த திகதிக்கு பின்னர் கிடைக்கும் விண்ணப்பங்கள் எவ்வித முன் அறிவித்தல்களும் இன்றி நிராகரிக்கப்படும்.

06. தேர்ந்தெடுக்கப்படும் விண்ணப்பதாரிகள் தாதியர் உயர் கற்கை கல்லூரியில் 06 மாத பயிற்சிக்காக இணைக்கப்பட்டு பயிற்சியை நிறைவு செய்த பின்னர் உரிய ஆரோக்கிய (சுவதிவி) நிலையங்களுக்கு நியமிக்கப்படுவதுடன், அங்கு அவர்கள் குறைந்தபட்சம் 4 வருட காலம் சேவையாற்ற வேண்டும். அவ்வாறு பயிற்சியை நிறைவு செய்த பின்னர் தாம் தெரிவு செய்த சுவதிவி நிலையத்திற்கு சேவைக்கு சமூகமளிப்பதாக சுகாதார சேவைகள் பணிப்பாளர் நாயகத்துடன் ரூபா 100,000 பிணையும் மற்றும் ஒப்பந்தமும் செய்தல் வேண்டும். பயிற்சியின் பின்னர் அவ்வாறு சேவைக்கு சமூகமளிக்கத் தவறும் உத்தியோகத்தர்களினால் ஒப்பந்தத்தொகை மற்றும் பயிற்சிக்காக செலவிடப்பட்ட ஏனைய செலவுகளையும் மீள திணைக்களத்திற்கு செலுத்தப்படல் வேண்டும். அவ்வாறு செலுத்துவதற்கு தவறுமிடத்து அதனை அறவிடுவதற்கு உரிய நடவடிக்கை எடுக்கப்படும்.

07. இந்த அறிவிப்பில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள விடயங்களை உங்கள் நிறுவனத்தின் அனைத்து தாதி உத்தியோகத்தர்களுக்கும் அறிவிப்பதற்கு நடவடிக்கை எடுக்கவும். மேலும், இந்த அறிவித்தலின் ஊடாக உள்ளடக்கப்படாத ஏதாவது விடயங்கள் தொடர்பாக தாபன விதிக் கோவை மற்றும் அரசு சேவைகள் ஆணைக்குழுவின் சுகாதார குழுவின் தீர்மானத்திற்கு அமைய இறுதித் தீர்மானம் என்னால் எடுக்கப்படும். இந்த சுற்றறிக்கையில் சிங்களம், தமிழ் மற்றும் ஆங்கில மொழிகள் இடையே முரண்பாடுகள் ஏற்படுமிடத்து, அதன்போது சிங்கள மொழி சுற்றறிக்கையே வலுவில் இருக்கும்.

வைத்தியர் எஸ்.எச்.முனசிங்க
செயலாளர்,
சுகாதார அமைச்சு

Dr. S. H. Munasinghe
Secretary
Ministry of Health
"Suwasiripaya"
385, Rev. Baddegama Wimalawansa Thero Mawatha,
Colombo 10, Sri Lanka.

தொடர் இலக்கம்	ஆரோக்கிய நிலையத்திற்கு உரித்தான நிறுவனம்/ மாகாணம்	ஆட்சேர்ப்பு செய்வதற்கு உத்தேசித்துள்ள ஆரோக்கிய நிலையங்களின் எண்ணிக்கை
01	களுத்துறை தேசிய சுகாதார நிறுவனம்	06
02	மேல் மாகாணம்	42
03	தென் மாகாணம்	43
04	மத்திய மாகாணம்	33
05	வடமேல் மாகாணம்	27
06	வடமத்திய மாகாணம்	25
07	சபரகமுவ மாகாணம்	24
08	ஊவா மாகாணம்	18
09	கிழக்கு மாகாணம்	46
10	வடக்கு மாகாணம்	44

மாதிரிப்படிவம்

தாதியர் உயர்கற்கை கல்லூரியினால் நடாத்தப்படுகின்ற 06 மாத கால பொது சுகாதார தாதி உத்தியோகத்தர் பயிற்சிக்கு ஆட்சேர்த்தல் - 2021

மத்திய அரசின் கீழ் நிர்வகிக்கப்படும் ஆரோக்கிய நிலையமா
மாகாண சபையின் கீழ் நிர்வகிக்கப்படும் ஆரோக்கிய நிலையமா
(உரிய நிலையத்திற்கு \sqrt அடையாளமிடவும்)

மாகாண சபையின் கீழ் நிர்வகிக்கப்படும் ஆரோக்கிய நிலையம் எனின் உரிய மாகாணத்தைக் குறிப்பிடவும்

--

01. முதலெழுத்துக்களுடன் பெயர்:
(தெளிவான எழுத்துக்களில்)
ஏனைய பெயர் முழுமையாக:
02. முகவரி :
I. அலுவலக முகவரி :
II. தனிப்பட்ட முகவரி :
03. தேசிய அடையாள அட்டை இலக்கம் :
04. தொலைபேசி இலக்கம் :
I. தனிப்பட்ட : II. அலுவலக :
05. பிறந்த திகதி :
2021.12.01 ஆம் திகதியன்று வயது : வருடங்கள் மாதங்கள் நாட்கள்
06. I. தாதி உத்தியோகத்தராக முதல் நியமனம் பெற்ற திகதி :
(நியமனக் கடிதத்தின் பிரதியை இணைக்கவும்)
II. தற்போது வகிக்கும் தரம் :
III. தற்போதைய தரத்திற்கு பதவியுயர்வு பெற்ற திகதி :
IV. அப்பதவியில் கடமையைப் பொறுப்பேற்ற திகதி :
V. அச்சேவை இடை நிறுத்தப்பட்டுள்ளதா ? :
VI. அப்படியானால் மீண்டும் சேவையில் சேர்த்துக் கொள்ளப்பட்ட திகதி :
VII. தாதியர் கல்லூரியில் இறுதிப்பரீட்சையின் திறமை :
07. விண்ணப்பதாரி தற்போது சேவையாற்றும் நிறுவனம் :
08. மகப்பேற்று முறை பயிற்சியைப் பெற்றுள்ளீரா என்பது பற்றி :
09. இலங்கை மருத்துவ சபையில் பதிவு செய்யப்பட்டுள்ளீரா?
10. இனம் :

11. விவாகமானவர்/ விவாகமாகாதவர் என்பது பற்றி :
12. சித்தியடைந்துள்ள அதியுயர் பரீட்சை மற்றும் கற்ற மொழி :
13. அரச சேவையின் கீழ் முன்பு சேவையாற்றியிருப்பின் அது தொடர்பான விபரங்கள் :
14. வினைதிறன் அற்ற காரணத்தால் என்னால் ஓய்வு பெறுவதற்கான நடவடிக்கைகள் எடுக்கப்படவில்லை எனவும், இதற்கு எதிராக நடைபெறும் அல்லது இடம்பெறலாம் என எண்ணக்கூடிய ஒழுக்காற்று நடவடிக்கை மேற்கொள்ளப்படவில்லை என்றும் உறுதி மொழிகின்றேன். இங்கு என்னால் வழங்கப்பட்டுள்ள தகவல்கள் யாவும் உண்மையானவை எனவும் நான் தெரிவு செய்யப்படுவதற்கு முன்னர் தகவல்கள் உண்மைக்கு புறம்பானவை என நிரூபிக்கப்பட்டால் நான் தகைமையற்றவர் என்றும், நான் தெரிவு செய்யப்பட்ட பின்னர் தகவல்கள் உண்மைக்கு புறம்பானவை என நிரூபிக்கப்பட்டால் என்னை சேவையிலிருந்து பதவியிறக்கம் செய்வதற்கும் எனது இணக்கத்தை தெரிவிக்கின்றேன்.

திகதி:

.....
விண்ணப்பதாரியின் கையொப்பம்

15. விஷேட தர தாதி உத்தியோகத்தரின் பரிந்துரை:

திரு/திருமதி/செல்வி இனால் சமர்ப்பிக்கப்பட்ட விண்ணப்பத்தை பரிந்துரை செய்கின்றேன்/ செய்யவில்லை.

திகதி :

.....
விஷேட தர தாதி உத்தியோகத்தரின் கையொப்பம் மற்றும் பதவி முத்திரை

16. விடயப் பொறுப்பு உத்தியோகத்தரினால் சுயவிபரக் கோவைக்கு அமைய பூர்த்தி செய்யப்பட வேண்டும்.

I. உத்தியோகத்தர் விண்ணப்பங்கள் சமர்ப்பிக்கின்ற இறுதித் தினத்திற்கு கிட்டிய 05 வடங்களுக்குள் சம்பளமற்ற விடுமுறை பெற்றுள்ளாரா என்பது பற்றி -
(சம்பளமற்ற விடுமுறை பெற்றிருப்பின் கால எல்லையைக் குறிப்பிடவும்)

- a. பிரசவ சம்பளமற்ற விடுமுறை :.....
- b. ஏனைய சம்பளமற்ற விடுமுறை:.....

II. உத்தியோகத்தர் விண்ணப்பங்கள் சமர்ப்பிக்கின்ற இறுதித் தினத்திற்கு கிட்டிய 05 வருடங்களுக்குள் உத்தியோகத்தருக்கு எதிரான ஒழுக்காற்று விசாரணை உள்ளதா?.....

III. கீழே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள வருடங்களில் சம்பள ஏற்றங்களை உழைத்துப் பெற்றுள்ளாரா (ஆம்/இல்லை) என்பது பற்றி குறிப்பிடவும்)

2021	2018
2020	2017
2019	

திரு/திருமதி/செல்வி என்பவரின் சுயவிபரக் கோவைக்கு அமைய விண்ணப்பத்தில் கொடுக்கப்பட்டுள்ள இலக்கம் 01 தொடக்கம் 13 வரையான தகவல்கள் சரியானயானவை என உறுதிப்படுத்துகின்றேன். மேலும் இலக்கம் 16 இன் கீழ் என்னால் வழங்கப்பட்டுள்ள தகவல்கள் சரியானவை என்றும் உறுதிப்படுத்துகிறேன்.

திகதி -

.....
விடயத்திற்கு பொறுப்பான முகாமைத்துவ உதவியாளரின் கையொப்பம்.

17. நிர்வாக உத்தியோகத்தரின் / வைத்தியசாலை செயலாளரின் பரிந்துரை :

திரு/திருமதி/செல்வி என்பவரின் சுயவிபரக் கோவைக்கு அமைய விண்ணப்பத்தில் வழங்கப்பட்டுள்ள தகவல்கள் சரியானவை என உறுதிப்படுத்துகிறேன்.

விண்ணப்பத்தை பரிந்துரை செய்கின்றேன்/ செய்யவில்லை.

திகதி :

.....
நிர்வாக உத்தியோகத்தரின் / வைத்தியசாலை
செயலாளரின் கையொப்பம்

18. நிறுவனத் தலைவரின் பரிந்துரை :

திரு/திருமதி/செல்வி என்பவரின் சுயவிபரக் கோவைக்கு அமைய விண்ணப்பத்தில் வழங்கப்பட்டுள்ள தகவல்கள் சரியானவை என உறுதிப்படுத்துகிறேன்.

விண்ணப்பத்தை பரிந்துரை செய்கின்றேன்/ செய்யவில்லை.

திகதி :

.....
நிறுவன தலைவரின் கையொப்பம் மற்றும்
பதவி முத்திரை

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) NA/10/21/2021 - සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය
எனது இல)
My No.)

ඔබේ අංකය)
உமது இல)
Your No.)

දිනය) 2022.03.05
திகதி)
Date)

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය சுகாதார அமைச்சு Ministry of Health

General Circular No:- 02 – 26 / 2022

Deputy Director General (National Hospital of Sri Lanka)
All Directors of Teaching Hospitals and General Hospitals under the Line Ministry
Medical Superintendents
All Heads of Institutions

Recruitment to the Training for the Post of Public Health Nursing Officer (Third Batch)

The Government has decided to strengthen the field of public health by engaging Nursing Officers as Public Health Nursing Officers in the Healthy Life Style Centers in the Island.

Accordingly , the consent has been received by the letter No DMS/0016/SLNS dated 13.07.2017 of the Director General of Management Services Department to take action internally to designate those officers as “Public Health Nursing Officer” , as the case may be.

02. Accordingly, applications are invited from the Nursing Officers who have satisfied following qualifications to recruit to the 06 month Nursing Training conducted by the Post Basic Nursing School to appoint to the post of Public Health Nursing Officer of 06 Healthy Life Style Centers under the National Institute of Health Sciences and Healthy Life Style Center under the Provincial Councils. The number to be recruited for the Line Ministry and each provincial council is given in the Annexure 01 and the vacancies existing under the Line Ministry are given below.

Serial No.	Healthy Life Style Center	Number of Existing Vacancies
01	Mahaheenatiyangala	01
02	Koholana	01
03	Halkandawila	01
04	Aluthgama	01
05	Beruwala	01
06	Bandanagoda	01
		06

03. Qualifications

- I. Should have completed a minimum service period 02 years after receipt of the formal appointment as a Nursing Officer
- II. Should be physically fit and less than 45 years of age.
- III. Should have earned all prescribed salary increments and completed an active and satisfactory service period during the preceding 2 years.

04. Method of Selection for the Training,

Applications received from the applicants who have satisfied the qualifications given under above No.03 will be computerized and selection of eligible persons will be made in the order of a seniority list prepared based on the date of first appointment of the officers. And, it will be verified whether the officers have satisfied the qualifications given under above 03 as at 01.05.2022, the closing date of applications. In case of the officers who have received appointments on the same day, the Healthy Life Style Center to be attached will be determined in the order seniority list prepared based on the merit of marks obtained at the final examination of the Nursing School.

N.B.

01. Applications of the Nursing Officers who applied for Healthy Life Style Centers under Provincial Councils should be forwarded to the respective Provincial Council and selections for Healthy Life Style Centers will be made in the order of a seniority list prepared by the Provincial Council concerned. Nursing Officers selected as such will be given a list of Healthy Life Style Centers of the province where vacancies exist and the officers shall make their choices for the Healthy Life Style Centers they wish to be attached. Officers will be attached to each Healthy Life Style Center on the decision of the respective Provincial Council considering their choice and seniority.
02. Nursing Officers selected as such by the Provincial Council will be released to the respective province on receipt of their list by the Ministry and the salaries and allowances will be paid by the respective province during the training period.
03. Nursing Officers who complete the 06 month training will be appointed to the post of Public Health Nursing Officer on completion of the training and attached to the Healthy Life Style Centers selected by them.
04. Nursing Officers selected for Healthy Life Style Centers under the Line Ministry shall give their preference for the Healthy Life Style Centers they wish to be attached before the training. Considering the choice and the seniority, the officers will be selected for each Healthy Life Style Center.

05. Method of Application

- I. Applications should be prepared in compliance with the form given in Annexure 01 and candidates should submit their applications to the respective Head of Institution on or before 01.05.2022. Heads of Institutions should make their recommendation in the relevant cage of the applications they received and send them by registered post to reach the following addresses on or before 01.06.2022

Institute/Province	Address
Line Ministry	Director (Admin 01), Ministry of Health , Suwasiripaya ,Colombo 10
Western Province	Secretary, Provincial Health Ministry. Western Province ,Denzil Kobbekaduwa Mawatha ,Battaramulla , Koswatta
Southern Province	Secretary, Provincial Health Ministry, Southern Province , No 15, Lower Dixon Road , Galle
Uva Province	Secretary, Provincial Health Ministry , Uva Province ,No 301 , R.H.Robet Gunawardhana Mawatha , Badulla
North Western Province	Secretary, Provincial Health Ministry , North Western Province , 3 rd Floor , Provincial Council Office Complex , Kurunegala
Eastern Province	Secretary, Provincial Health Ministry , Eastern Province , Inner Harbour Road , Trincomalee
North Central Province	Secretary, Provincial Health Ministry , North Central Province , North Central Provincial Council Complex ,1 st Floor , Harischandra Mawatha , Anuradhapura
Northern Province	Secretary, Provincial Health Ministry , Northern Province , Health Village , Pannai , Jaffna
Sabaragamuwa Province	Secretary, Provincial Health Ministry , Sabaragamuwa Province , Provincial Council Complex , New Town , Rathnapura
Central Province	Secretary, Provincial Health Ministry , Central Province ,No 121 , Sangaraja Mawatha , Kandy

- II. The Head of Institute should forward the applications by a covering letter along with a list of all candidates.
- III. Applications received after the closing date of applications will not be accepted for any reason. The Head of Institute shall ensure that applications prepared not in compliance with the prescribed form and the applications of candidates who have not satisfied qualifications, are not forwarded. Applications prepared not in compliance with the prescribed form, applications of the candidates who have not satisfied qualifications and applications received after the closing date will be rejected without any notice.

06. Applicants selected will be attached to the 06 month training of the Post Basic Nursing School. On completion of the said training, those officers will be attached to the Healthy Life Style Centers where they shall serve 04 years in minimum. On completion of the training officers shall enter into an agreement with the Director General of Health Services and a surety bond in the sum of Rupees One Hundred Thousand (Rs.100,000) that he/she will report to the Healthy Life Style Center he/she selected. The officer shall pay the Department the agreed amount, allowances paid to him/her during the training period and the expenses incurred by the Government for the training, if he/she will leave the training, if he/she will be removed from the training or if he/she will abandon the training. If not, steps will be taken to recover that amount.

07. Please bring the contents of this notification to the notice of all Nursing Officers of your institute. Final decision in respect of any other matter not mentioned herein, will be taken by me as per the Establishments Code and Procedural Rules of the Public Service Commission. In the event of any inconsistency between Sinhala, Tamil and English texts of this circular, the Sinhala text shall prevail.

Dr. S.H.Munasingha
Secretary
Ministry of Health

Dr. S. H. Munasinghe
Secretary
Ministry of Health
"Suwasiripaya"
385, Rev. Baddegama Wimalawansa Thero Mawatha,
Colombo 10. Sri Lanka.

Annexure 01

Serial No	Institute /Province the Healthy Life Style Center is belonging to	Number of Healthy Life Style Centers to which the recruitments are to be made
01	National Institute of Health Services, Kaluthara	06
02	Western Province	42
03	Southern Province	43
04	Central Province	33
05	North Western Province	27
06	North Central Province	25
07	Sabaragamuwa Province	24
08	Uva Province	18
09	Eastern Province	46
10	Northern Province	44
		308

Application Form**Recruitment to the Public Health Nursing Officer Training of 06 Months Conducted by Post Basic Nursing School – 2021**Healthy Life Style Center under the Line Ministry Healthy Life Style Center under the Provincial Councils (Mark against one of the above)Mention the Province, if the Healthy Life Style Center is under Provincial Councils

1. Name with initials -.....
(In legible handwriting)
Name in full -.....
2. Address
 - I. Official -.....
 - II. Private -.....
3. National Identity Card No -.....
4. Telephone No
 - I. Personal
 - II. Official
5. Date of Birth
Age as at 01.12.2021 Years..... Months..... Days.....
6. I. Date of first appointment as a Nursing Officer-.....
(Attach a copy of the letter of appointment)
II. Present Grade -.....
III. Date of Promotion to Present Grade -.....
IV. Date of assumption of duties in the said post -.....
V. Is there any service break in the said service?-.....
VI. If so, date of reinstatement in the service? -.....
VII. Merit of the marks obtained at the final examination of the Nursing School-.....
7. Present Service Station -.....
8. Whether received the training in midwifery -.....
9. Whether registered with the Sri Lanka Medical Council /Nursing Council-.....
10. Nationality-.....

11. Civil Status-.....
12. Highest examination passed and medium of education -.....
13. If you have served under the Government previously, give details-.....
14. I do hereby declare that it has not been initiated to take action to retire me due to inefficiency and no disciplinary action has been taken or intended to be taken against me due the inefficiency. And, I am aware that I am liable to be disqualified if the particulars given by me are found to be false or incorrect prior to selection and if so found after the selection, I am liable to be dismissed from the service.

.....
 Date Signature of Applicant

15. Recommendation of the Nursing Officer in Special Grade
 The application submitted by Mr./Ms./Miss is recommended /not recommended.

.....
 Date Signature and official frank of the Nursing Officer in Special Grade

16. To be perfected by the Management Assistant in charge of the subject referring to the personal file.
 - I. Whether the officer has obtained leave on no-pay during the 5 years immediately prior to the closing date of applications.
 (If so, mention the period)
 - a) Maternity Leave.....
 - b) Other leave on no-pay.....
 - II. Is there any disciplinary inquiry against the officer during the 5 years immediately prior to the closing date of applications?
 - III. Mention whether the officer has earned salary increments during the following years (Yes/No)

2021.....	2018.....
2020.....	2017.....
2019.....	

I hereby certify that the particulars mentioned above and all the particulars furnished by the applicant from 01 to 13 are correct according to the personal file of Mr. /Mrs./Miss..... I also certify that the particulars furnished by me under 16 are correct.

.....
 Date Signature of the Management Assistant in charge of the subject

17. Recommendation of the Administrative Officer/Hospital Secretary

I hereby certify that the particulars mentioned above and all particulars furnished by the applicant from 01 to 13 are correct according to the personal file of Mr. /Mrs./Miss..... I also certify that the particulars furnished by the Management Assistant in charge of the subject under 16 are correct.

.....
Date Signature of the Administrative Officer/Hospital Secretary

18. Recommendation of the Head of Institute.

I certify that the particulars furnished in the application are true according to the personal file of Mr./Mrs./Miss.....The application is recommended /not recommended.

.....
Date Signature and official frank of the Head of Institute.