

දුරකථන ) 0112669192 , 0112675011  
 தொலைபேசி ) 0112698507 , 0112694033  
 Telephone ) 0112675449 , 0112675280

ෆැක්ස් ) 0112693866  
 தொகஸ் ) 0112693869  
 Fax ) 0112692913

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

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



සුවසිරිපාය  
 சுவசிரிபாய  
 SUWASIRIPAYA

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය  
 சுகாதார அமைச்சு  
 Ministry of Health

මගේ අංකය )  
 எனது இல ) ETR/D/UOC-DAHS/01/2023  
 My No. )

ඔබේ අංකය )  
 உமது இல )  
 Your No. )

දිනය )  
 திகதி ) 09.09.2023  
 Date )

පොදු චක්‍රලේඛ ලිපි අංක :- 02 - 140 / 2023

පළාත් සෞඛ්‍ය ලේකම්වරුන්,  
 පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂවරුන්,  
 ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂවරුන්,  
 විෂයාගත අංශ/ විශේෂිත ව්‍යාපාර ප්‍රධානීන්,  
 ජේෂ්ඨ අමාත්‍යාංශ සටහන් පාලනය වන රෝහල් අධ්‍යක්ෂවරුන් හා ආයතන ප්‍රධානීන්,

කොළඹ විශ්ව විද්‍යාලය මගින් පවත්වනු ලබන බී. එස්. සී. (භෞරව) භෞත විකිත්සක උපාධි පාඨමාලාව හැදෑරීම සඳහා නිලධාරීන් බඳවා ගැනීම

කොළඹ විශ්ව විද්‍යාලය මගින් පවත්වනු ලබන භෞත විකිත්සක උපාධි පාඨමාලාව හැදෑරීම සඳහා ජේෂ්ඨ අමාත්‍යාංශය/පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය සටහන් සේවයේ නියුතු නිලධාරීන්ගෙන් අයදුම්පත් කැඳවනු ලැබේ. බී.එස්.සී.(භෞරව) භෞත විකිත්සක සිව් අවුරුදු (04) උපාධි පාඨමාලාව හැදෑරීම සඳහා තෝරා ගත අපේක්ෂකයින් පළමු වසරින් නිදහස් කර 2023 සැප්තැම්බර් ආරම්භ වන දෙවන අධ්‍යයන වර්ෂය සඳහා අදාළ කර ගනු ලැබේ.

1. ඇතුළත්වීමේ සුදුසුකම්

- 1) අදාළ තනතුරෙහි විශ්ලේෂණාත්මකව විෂය සහ ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවෙහි / ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය විද්‍යාල සභාවෙහි ලියාපදිංචි වී තිබීම අනිවාර්යය වේ.
- 2) අයදුම්පත් භාර ගන්නා අවසන් දිනට සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ අවම වශයෙන් වසර 03 ක සේවා කාලයක් සපුරා තිබීම.
- 3) අයදුම්පත් භාරගන්නා අවසන් දිනය වන විට වයස අවුරුදු 45 ට නොවැඩිවීම.
- 4) අ.පො.ස (උ/පෙළ) විභාගයෙන් හොඳින් විද්‍යාව, රසායන විද්‍යාව සහ (ඊට විද්‍යාව, ගණිතය, උසස් ගණිතය, සංයුක්ත ගණිතය) යන විෂයයන්ගෙන් එක් විෂයයක් සඳහා එක් වරකදී අවම වශයෙන් සාමාන්‍යයක් (S) ද සමග සාමාන්‍ය 03 ක් ලබා ගෙන තිබීම.
- 5) අ.පො.ස (සා/පෙළ) විභාගයේ දී ඉංග්‍රීසි භාෂාව සඳහා අවම වශයෙන් සාමාන්‍යයක් (S) ලබාගෙන තිබීම.
- 6) තෝරාගත් අධ්‍යයන ක්ෂේත්‍රය සඳහා සුදුසු ශාරීරික හා මානසික යෝග්‍යතාවයකින් යුක්ත වීම.
- 7) කොළඹ විශ්ව විද්‍යාලය මගින් පවත්වන අභියෝගනා පරීක්ෂණයක් හා සම්මුඛ පරීක්ෂණයක් මත පදනම්ව සිසුන් තෝරා ගැනීම සිදුවේ.

2. අයදුම්පත්‍ර

මේ සමග අදාළව ඇති ආකෘති පත්‍රයට අනුව සකස් කරන ලද අයදුම්පත් ටේබිය අමාත්‍යාංශ ආයතනවල නව ආයතන ප්‍රධානියා විසින් ද පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ නම් පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ විසින් ද නිසි පරිදි සහතික කර ආයතන ප්‍රධානියා / ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ / පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂවරුන් 2023 සැප්තැම්බර් 08 දින, හෝ ඊට පෙර නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (අධ්‍යාපන, පුහුණු හා පර්යේෂණ), සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය, සුවසිරිපාය, නො. 385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත, කොළඹ 10 වෙත ලැබෙන සේ ලියාපදිංචි තැපෑලෙන් පවිය යුතුය. අයදුම්පත් හෝ නියමිත දිනට පසුව ලැබෙන අයදුම්පත ප්‍රතික්ෂේප කරනු ලැබේ. බහාලන ලියුම් කවරයේ ඉහළ වම් කෙළවරේ "කොළඹ විශ්ව විද්‍යාලය වෙතින් පවත්වනු ලබන හොඳ විකිණිසක උපාධි පාඨමාලාව හැදෑරීම සඳහා නිලධාරීන් බඳවා ගැනීම" යනුවෙන් සඳහන් කළ යුතුය.

3. තෝරාගැනීම් පරිදිසකය

අයදුම්කරුවන් කොළඹ විශ්ව විද්‍යාලය වෙතින් පවත්වනු ලබන අභියෝග්‍යතා පර්යේෂණයක් හා සම්පූර්ණ පර්යේෂණයක් සඳහා පෙනී සිටිය යුතුය. එහි ව්‍යුහය කොළඹ විශ්ව විද්‍යාලය වෙතින් නිර්ණය කරනු ලැබේ.

4. සේවා ගිවිසුම

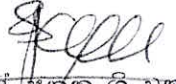
කොළඹ විශ්ව විද්‍යාලය වෙතින් පවත්වනු ලබන හොඳ විකිණිසක උපාධි පාඨමාලාව හැදෑරීම සඳහා තෝරා ගත් අපේක්ෂකයින්ට අවුරුදු තුනක් (3) සඳහා මාසික සහිත නිවාඩු ප්‍රදානය කෙරෙන අතර නිසි පරිදි පාඨමාලාව නිමා කරන බවට හා උපාධි පාඨමාලාව හැදෑරීමෙන් පසුව අවුරුදු දහයක කාල සීමාවක් සොයා අමාත්‍යාංශය/පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය සඳහා සේවය කරන බවට ඔවුන් රුපියල් ලක්ෂ හයක (600,000.00) ක මුදලක් සඳහා සෞඛ්‍ය ලේකම් / පළාත් සෞඛ්‍ය ලේකම් සමග බැඳීමකරයක් අත්සන් කළ යුතුය.

තෝරාගත් අපේක්ෂකයෙකු එහි උපාධි පාඨමාලාව සම්පූර්ණ කිරීමට හෝ බැඳීමකරයකට හා ගිවිසුමට අදාළ සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය / පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය පත්වන ලද කොන්දේසි සපුරාලීමට අපොහොසත් වන්නේ නම් එවැනි අපේක්ෂකයෙකුට එරෙහිව සුදුසු පරිදි නීතියේ ක්‍රියාමාර්ග ගනු ලැබේ.

කෙසේ වුවද, මෙම පුහුණුව හේතු කොටගෙන ඉහළ තනතුරක් ඉල්ලා සිටීමට අපේක්ෂකයින්ට අයිතියක් නොමැත. එමෙන්ම පාඨමාලාව නිමාකළ අභ්‍යාසලාභීන් ඉහළ තනතුරක් සඳහා දෙපාර්තමේන්තුවට අන්තර්ග්‍රහණය කිරීම පවතින පුරප්පාඩු සාබ්‍යව මග හා හුදෙකම පත්කිරීමේ බලධාරීන්ගේ අභිමතය පරිදි සිදුවන්නේය.

5. මෙම චක්‍රලේඛයේ අන්තර්ගත කරුණු කෙරෙහි ඔබ ආයතනයේ / ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂවරුන් / පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂවරුන් / ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂවරුන් හොඳ විකිණිසක නිලධාරීන්ගේ අවධානය යොමු කරවීමට මග බලා ගන්නා මෙන් කාරුණිකව ඉල්ලමි.

6. සිංහල, දෙමළ සහ ඉංග්‍රීසි භාෂාවලින් පදනර තිබෙන මෙම චක්‍රලේඛයේ භාෂා අතර කිසියම් අනුකලතාවයක් පවති නම් එවැනි විටක සිංහල භාෂා චක්‍රලේඛය නිවැරදි සේ සලකා ගතයුතු කරනු ලැබේ.

  
එස්. ජනක ශ්‍රී චන්ද්‍රගුප්ත  
ලේකම්  
සිටපත

එස්. ජනක ශ්‍රී චන්ද්‍රගුප්ත  
ලේකම්  
සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය  
"සුවසිරිපාය"  
385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,  
කොළඹ 10.

- 1. අතිරේක ලේකම් (වෛද්‍ය සේවා)
- 2. සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ ජනරාල්
- 3. නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (පාලන) III - අ. ක. ස
- 4. අධ්‍යක්ෂ (පාලන) II - ගිවිසුම් හා ඇපකර සකස් කිරීම සඳහා
- 5. පී.ඩී.පී. සම සෞඛ්‍ය විද්‍යා පීඨය, කොළඹ විශ්ව විද්‍යාලය.
- 6. ප්‍රධාන නීති නිලධාරී - සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය

කොළඹ විශ්ව විද්‍යාලය මගින් පවත්වනු ලබන බී.එස්.සී (ගෞරව) භෞත විකිත්සක උපාධි පාඨමාලාව හැදෑරීම සඳහා තිලකාදිත් බඳවා ගැනීම

1. මූලකරු සහ නම (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරින්): .....

2. අයදුම්කරුගේ සම්පූර්ණ නම (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරින්): .....

3. i) නමකරු නාමය: .....

ii) අදාළ නමකරුට අන් වූ දිනය: .....

ii) වර්තමාන කොටස: .....

4. ලිපිනය

i) රාජකාරි: .....

ii) පෞද්ගලික: .....

5. දුරකථන

කාර්යාල: ..... පෞද්ගලික: ..... ජංගම: .....

6. උපන් දිනය (අවු. මාස. දින) .....

7. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය .....

8. වයස අවු: ..... මාස ..... දින ..... (2023 සැප්තැම්බර් 08 දිනට)

9. ස්ත්‍රී / පුරුෂ භාවය: .....

10. විවාහක / අවිවාහක .....

11. අධ්‍යාපන සුදුසුකම්

i අපොස (උ/පෙළ) විභාග ප්‍රවීණතා: විභාග අංකය ..... වර්ෂය: .....

විෂයය	සාමාර්ථය
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

ii අපොස (සා/පෙළ) විභාග ප්‍රවීණතා: විභාග අංකය ..... වර්ෂය: .....

විෂය	සාමාර්ථය
.....	.....
.....	.....

ඉංග්‍රීසි .....

12. රැකියාව පිළිබඳ විස්තර

a. වර්තමානයේ දරන තනතුර පිළිබඳ විස්තර

- i. තනතුර .....
- ii. ආයතනය/දෙපාර්තමේන්තුව .....
- iii. වර්තමාන ආයතනයට පත්වීමේ ලද දිනය .....
- iv. ස්ථිර/විශ්‍රාම වැටුප් සහිත/විශ්‍රාම වැටුප් රහිත/ තාවකාලික තනතුරක්ද යනවග .....
- v. සේවයේ ස්ථිර කර තිබේද යන වග .....
- vi. "ඔච්චි" නම්, පම දිනය .....

b. පෙර දරන තනතුර පිළිබඳ විස්තර

ආයතනය	තනතුර	සිට	දක්වා

c. වෘත්තීය සුදුසුකම්/වෙනත් සුදුසුකම්

විභාගය	වර්ෂය	ආයතනය	සාමාන්‍ය/ශ්‍රේණිය

13. ඔබ විසින් වැටුප් රහිත නිවාඩු ලබා තිබේ ද? ඔච්චි / නැත ඔච්චි නම්, වැටුප් රහිත නිවාඩු ලබා ඇත්තේ කුමක් සඳහා ද? .....

14. ඔබ කවරදාක හෝ අපරාධ වරදක් සඳහා උසාවියකින් වැරදිකරු වී තිබේද? .....

ඔච්චි නම්, පකි වරද පිළිබඳ සහ පනවන ලද දඬුවම් පිළිබඳ විස්තර සපයන්න

.....

15. භෞත විකිත්සක ලෙස ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ / ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය විද්‍යාල සභාවෙහි ලියාපදිංචිය ලියාපදිංචි අංකය ..... දිනය .....

16. අයදුම්කරුගේ ප්‍රකාශය

මෙම අයදුම්පතෙහි මා විසින් සපයා ඇති තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව ප්‍රකාශ කරමි. මෙහි සඳහන් යම්කිසි තොරතුරක් අසම්පූර්ණ බැවි හෝ වැරදි බැවි අනාවරණය වුවහොත් මගේ අයදුම්පත ප්‍රතික්ෂේප කරනු ලබන බවත් පසුව පසේ අනාවරණය වුවහොත් මගේ ගිණුම්පත අවසන් කරනු ලබන බවත් බැලුම්කරයට හා ගිවිසුමට අනුව අදාළ කවර හෝ ගාස්තු සහ අනෙකුත් වියදම් අයකර ගනු ලැබීමට ද යටත්වන බවත් මම දනිමි.

මෙම පුහුණුව හේතුවෙන් ගෙන ඉහළ තනතුරක් ඉල්ලා සිටීමට මා හට අයිතියක් නොමැති බව ද, මා මෙම පාඨමාලාව සම්පූර්ණ කළ ද දෙපාර්තමේන්තුවෙන් අතිරේක ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් කිරීමට අයිතියක් නොමැති බව ද දනිමි.

ඉහත පාඨමාලාවට මා තෝරා ගනු ලැබුවහොත් දැන්වීමෙහි සඳහන් කර ඇති පරිදි සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් / පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් සමග ගිවිසුමකට හා බැලුම්කරයකට අස්සන් කළ යුතු බවද දනිමි.

.....  
දිනය

.....  
අයදුම්කරුගේ අත්සන

විෂයය භාර නිලධාරීගේ සහ පරිපාලන නිලධාරීගේ සහතිකය

..... (නම) මහා/මිය/මෙය  
..... (නම) විසින් මෙම අයදුම්පතේ අංක 01 සිට 15 දක්වා සපයා ඇති තොරතුරු නිවැරදි බව දන්වා සිටිමි. ඔහු/ඇයට විනය නියෝග ලබා දී ඇති / නොමැති බව සහ වැටුප් රහිත නිවාඩු ලබා ඇති / නොමැති බවත් මින් දන්වා සිටිමි.

දිනය ..... විෂය භාර නිලධාරීගේ නම හා අත්සන .....

..... (නම) මහා/මිය/මෙය  
..... (නම) විසින් මෙම අයදුම්පතේ අංක 01 සිට 15 දක්වා සපයා ඇති තොරතුරු නිවැරදි බව දන්වා සිටිමි. ඔහු/ඇයට විනය නියෝග ලබා දී ඇති / නොමැති බව සහ වැටුප් රහිත නිවාඩු ලබා ඇති / නොමැති බවත් මින් දන්වා සිටිමි.

පරිපාලන නිලධාරීගේ නම, අත්සන සහ නිල මුද්‍රාව.....

දිනය .....

ආයතන ප්‍රධානියාගේ සහතිකය

..... (නම) මහා/මිය/මෙය  
..... (නම) විසින් මෙම අයදුම්පතේ අංක 01 සිට 15 දක්වා සපයා ඇති තොරතුරු නිවැරදි බවත් ඔහු/ඇයගේ රාජකාරි කටයුතු සහ හැසිරීම ..... බවත් සහතික කරමි. ඔහු/ඇය තෝරා ගනු ලැබුවහොත් වසර 03 ක බී. පස්. සී (ගෞරව) හෝ වඩා වැඩි පාසලක හැදැරීම සඳහා මුදා හැරිය හැකි / නොහැකි බවද දන්වා සිටිමි.

දිනය ..... ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන සහ නිල මුද්‍රාව .....

ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂකගේ සහතිකය (පළාත් අයදුම්කරුවන් සඳහා)

..... (නම) මහා/මිය/මෙය  
..... (නම) විසින් මෙම අයදුම්පතේ අංක 01 සිට 15 දක්වා සපයා ඇති තොරතුරු නිවැරදි බවත් ඔහු/ඇයගේ රාජකාරි කටයුතු සහ හැසිරීම ..... බවත් සහතික කරමි. ඔහු/ඇය තෝරා ගනු ලැබුවහොත් වසර 03 ක බී. පස්. සී (ගෞරව) හෝ වඩා වැඩි පාසලක හැදැරීම සඳහා මුදා හැරිය හැකි / නොහැකි බවද දන්වා සිටිමි.

දිනය ..... ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂකගේ අත්සන සහ නිල මුද්‍රාව .....

පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂකගේ සහතිකය (පළාත් අයදුම්කරුවන් සඳහා)

..... (නම) මහා/මිය/මෙය  
..... (නම) විසින් මෙම අයදුම්පතේ අංක 01 සිට 15 දක්වා සපයා ඇති තොරතුරු නිවැරදි බවත් ඔහු/ඇයගේ රාජකාරි කටයුතු සහ හැසිරීම ..... බවත් සහතික කරමි. ඔහු/ඇය තෝරා ගනු ලැබුවහොත් වසර 03 ක බී. පස්. සී (ගෞරව) හෝ වඩා වැඩි පාසලක හැදැරීම සඳහා මුදා හැරිය හැකි / නොහැකි බවද දන්වා සිටිමි.

දිනය ..... පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂකගේ අත්සන සහ නිල මුද්‍රාව .....

දුරකථන ) 0112669192 , 0112675011  
දුරකථන ) 0112698507 , 0112694033  
Telephone ) 0112675449 , 0112675280

ෆැක්ස් ) 0112693866  
ෆැක්ස් ) 0112693869  
Fax ) 0112692913

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

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



සුවසිරිපාය  
සුවසිරිපාය  
SUWASIRIPAYA

මගේ අංකය )  
எனது இல ) ETR/D/UOP-DAHS/01/2023  
My No. )

ඔබේ අංකය )  
உமது இல )  
Your No. )

දිනය )  
திகதி )  
Date ) 09.09.2023

## සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය சுகாதார அமைச்சு Ministry of Health

பொது சுற்றறிக்கை கடிதம்:- 02 - 140 / 2023

மாகாண சுகாதார செயலாளர்கள்,  
மாகாண சுகாதார சேவைகள் பணிப்பாளர்கள்,  
பிராந்திய சுகாதார சேவைகள் பணிப்பாளர்கள்,  
பரவலாக்கப்பட்ட அலகுகள் /  
விசேட இயக்கங்களின் தலைவர்கள்,  
நிரல் அமைச்சின் கீழ்வரும் வைத்தியசாலைகளது பணிப்பாளர்கள்  
நிறுவனத் தலைவர்கள்,

கொழும்பு பல்கலைக்கழகத்தின் இணை சுகாதார விஞ்ஞானபீட இயன் மருத்துவ இளங்கலைமாணி (கௌரவ) பட்டப்படிப்பு

கொழும்பு பல்கலைக்கழக இயன் மருத்துவ இளங்கலைமாணி (கௌரவ) சுற்றிக நெறியில் இணைந்து கொள்வதற்கு தற்போது சுகாதார சேவையில் உள்ள, சுகாதார அமைச்சு/மாகாணசுகாதார அமைச்சுகளின் கீழ் பணியாற்றும் தகுதியுள்ள விண்ணப்பதாரர்களிடமிருந்து விண்ணப்பங்கள் வரவேற்கப்படுகின்றன. தேர்ந்தெடுக்கப்பட்ட விண்ணப்பதாரர்கள் இயன்மருத்துவ இளங்கலைமாணி (கௌரவ) நான்கு (04) ஆண்டு சுற்றிக நெறியில் நேரடியாக 2வது கல்வியாண்டில் (முதலாவது கல்வியாண்டு விலக்களிக்கப்படும்) பதிவு செய்யப்படுவார்கள்.

### 1. நுழைவுத்தகுதிகள்

- 1) விண்ணப்பதாரர் இயன் மருத்துவ டிப்ளோமா பெற்றிருக்க வேண்டும் மற்றும் இலங்கை மருத்துவ சபையில் / இலங்கை மருத்துவ கல்லூரி சபையில் பதிவு செய்திருக்க வேண்டும்.
- 2) விண்ணப்பங்கள் முடிவடையும் தேதியில் விண்ணப்பதாரர் சுகாதார அமைச்சின் கீழ் குறைந்தபட்சம் 03 வருட சேவையை நிறைவு செய்திருக்க வேண்டும்.
- 3) விண்ணப்பங்கள் முடிவடையும் தேதியில் விண்ணப்பதாரர் 45 வயதுக்கு உட்பட்டவராக இருக்கவேண்டும்.
- 4) விண்ணப்பதாரர் பௌதீகவியல், இரசாயனவியல் ஆகிய பாடங்களுடன், பின்வரும் பாடங்களில் ஏதேனும் ஒன்றில் (உயிரியல் / கணிதம் / உயர்கணிதம் / இணைந்தகணிதம்) தோற்றி ஒரே தடவையில் "S" சித்தியடைந்திருத்தல் வேண்டும்.
- 5) விண்ணப்பதாரர் க.பொ.த (சா/த) பரீட்சைக்கு குறைந்த பட்சம் ஆங்கிலத்தில் சித்தி (S) பெற்றிருக்க வேண்டும்.
- 6) விண்ணப்பதாரர் தேர்ந்தெடுக்கப்பட்ட துறையின் படிப்பைத் தொடர பொருத்தமான உள் மற்றும் உடல் தகுதி பெற்றிருக்க வேண்டும்.
- 7) கொழும்பு பல்கலைக்கழகத்தால் நடத்தப்படும் திறன் தேர்வு மற்றும் நேர்காணல் மூலம் பயிற்சியாளர்கள் தேர்ந்தெடுக்கப்படுவார்கள்.

## 2. விண்ணப்பங்கள்

விண்ணப்பங்கள் இங்கு இணைக்கப்பட்டுள்ள மாதிரி படிவத்தின் படி தயாரிக்கப்பட்டு, நிறுவனத் தலைவரால் முறையாகச் சான்றளிக்கப்பட வேண்டும். நிரல் அமைச்சு நிறுவனங்களைப் பொறுத்த வரை நிறுவனங்களின் தலைவர்களும், மாகாண நிறுவனங்களைப் பொறுத்தவரை, பிராந்திய சுகாதார சேவைகள் பணிப்பாளர் மற்றும் மாகாண சுகாதார சேவைகள் பணிப்பாளர் ஆகியோரும் விண்ணப்பங்களை சான்றளிக்க வேண்டும். விண்ணப்பங்கள் பிரதி சுகாதார சேவைகள் பணிப்பாளர் நாயகம் (கல்வி, பயிற்சி மற்றும் ஆராய்ச்சி), சுகாதார அமைச்சு, "சுவாசிரிபாய" இலக்கம் 385, வண. பத்தேகம் விமலவன்ச தேரர் மாவத்தை, கொழும்பு 10, என்ற முகவரிக்கு 2023 புரட்டாதி 08ம் திகதிக்கு அல்லது அதற்கு முன்னர், நிறுவனத் தலைவர் / மாகாணசுகாதார சேவைகள் பணிப்பாளர் ஊடாக அனுப்பி வைக்கப்பட வேண்டும். முழுமையடையாத அல்லது இறுதித் தேதிக்குப் பிறகு பெறப்பட்ட விண்ணப்பங்கள் நிராகரிக்கப்படும். "தபாலுறையின் இடது மேற் பக்கத்தில் 'கொழும்பு பல்கலைக்கழகத்தின் இணை சுகாதார விஞ்ஞானபீடத்தின் (FAHS) இயன் மருத்துவ இளங்கலைமாணி (கௌரவ) பட்டப்படிப்பிற்கான பக்கவாட்டு நுழைவு" எனத் தெளிவான கையெழுத்தில் எழுதப்பட்டிருக்க வேண்டும்.

## 3. நேர்முகத்தேர்வு

விண்ணப்பதாரர்கள் கொழும்பு பல்கலைக்கழகத்தால் நடத்தப்படும் திறன் பரீட்சை மற்றும் நேர்முகத் தேர்வில் பங்கேற்க வேண்டும். பரீட்சையின் கட்டமைப்பை கொழும்பு பல்கலைக்கழகமே முடிவு செய்யும்.

## 4. சேவை ஒப்பந்தம்

தேரிவு செய்யப்படும் விண்ணப்பதாரர்களுக்கு சம்பளத்துடன் கூடிய மூன்று (3) வருட கால விடுமுறை வழங்கப்படும். கற்கை நெறியினை முழுமையாக நிறைவு செய்வதாகவும், அவ்வாறு கற்கை நிறைவடைந்ததும் சுகாதார அமைச்சில் (நிரல் சுகாதார அமைச்சு அல்லது மாகாண சுகாதார அமைச்சு) பத்து வருடங்கள் பணியாற்றுவதற்குச் சம்மதம் தெரிவித்தும் சுகாதார செயலாளருடன் /மாகாணசுகாதார செயலாளருடன் பிணை ஒப்பந்தம் ஒன்றினைக் கைச்சாத்திட வேண்டும். பிணைத்தொகையானது ரூபா 600,000/= ஆகும்.

தேரிவு செய்யப்பட்ட விண்ணப்பதாரர் ஒருவர் மேற்படி பட்டப்படிப்பை பூர்த்தி செய்யத்தவறினால் அல்லது பிணை மற்றும் சேவை ஒப்பந்தம் தொடர்பாக சுகாதார அமைச்சு / மாகாண சுகாதார அமைச்சு வகுத்துள்ள நிபந்தனைகளை நிறைவேற்றத் தவறினால், அத்தகைய விண்ணப்பதாரர்களுக்கு எதிராக உரிய சட்ட நடவடிக்கை எடுக்கப்படும்.

இருப்பினும், இந்தப் பயிற்சியின் மூலம், உயர் பதவியைக் கோருவதற்கு விண்ணப்பதாரர்களுக்கு உரிமை இல்லை. மேலும், கற்கையை நிறைவு செய்த பயிற்சியாளர்களை துறையின் உயர் பதவிக்கு உள்வாங்குவது, நிலவும் வெற்றிடங்கள் மற்றும் நியமன அதிகாரிகளின் விருப்பத்தை மட்டுமே சார்ந்துள்ளது.

5. இந்த சுற்றறிக்கையின் உள்ளடக்கங்கள் உங்கள் நிறுவனம் / பிராந்திய சுகாதார சேவைகள் பணிப்பாளர் பிரிவு / மாகாணம் / இயக்கம் ஆகியவற்றில் உள்ள அனைத்து தகுதியான அலுவலர்களது கவனத்திற்கு கொண்டு வரப்படுவதை உறுதி செய்யவும்.

6. இந்தச் சுற்றறிக்கையின் சிங்களம், தமிழ் மற்றும் ஆங்கில மொழிபெயர்ப்புகளுக்கிடையே முரண்பாடு ஏற்பட்டால், சிங்கள மொழியில் உள்ள சுற்றறிக்கையே செல்லுபடியானதாகும்.

எஸ். ஜனக ஸ்ரீ சந்திரகுப்த  
செயலாளர்  
பிரதிகள்

**S. Janaka Sri Chandraguptha**

Secretary

Ministry of Health

"Suwasiripaya"

385, Rev. Baddegama Wimalawansa Thero Mawatha,  
Colombo 10.

1. மேலதிக செயலாளர் (மருத்துவ சேவைகள்)
2. சுகாதார சேவைகள் பணிப்பாளர் நாயகம்
3. பிரதிசுகாதார சேவைகள் பணிப்பாளர் நாயகம் (நிர்வாகம்) III - (உரிய நடவடிக்கைக்காக)
4. பணிப்பாளர் - நிர்வாகம் II - பிணை மற்றும் சேவை ஒப்பந்தம் தயாரிக்க
5. பீடாதிபதி, இணை சுகாதார விஞ்ஞானபீடம், கொழும்பு பல்கலைக்கழகம்
6. தலைமை சட்ட அதிகாரி, சுகாதார அமைச்சு

அலுவலகப் பாவனைக்கு மட்டும்

பக்கவாட்டு நுழைவுக்கான விண்ணப்பம் - கொழும்பு பல்கலைக்கழகத்தின் இணை சுகாதார விஞ்ஞானபீட இயன்மருத்துவ இளங்கலைமாணி (கௌரவ) பட்டப்படிப்பு.

1. முதலெழுத்துக்களுடன் பெயர்  
.....
2. விண்ணப்பதாரரின் முழுப்பெயர்  
.....
3. i) பதவி .....  
ii) முதல் நியமன திகதி .....  
iii) தற்போதைய தரம் .....
4. முகவரி  
i) அலுவலக .....  
ii) தனிப்பட்ட .....
5. தொலைபேசி  
அலுவலக ..... தனிப்பட்ட .....  
கைபேசி.....
6. பிறந்த திகதி (வ/மா/நா) .....
7. தே.அ.அ.இலக்கம் .....
8. வயது (வ) ..... (மா) ..... (நா) ..... (புரட்டாதி 08, 2023 அன்று உள்ளபடியாக)
9. பாலினம்: - ஆண் / பெண் .....
10. திருமணநிலை .....
11. கல்வித்தகைமைகள்  
i. க.பொ.த (உயர் தரம்) பரீட்சைபெறுபேறுகள்  
சுட்டெண் ..... வருடம்.....

பாடம்	தரம்
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

ii. க.பொ.த(சாதாரண தரம்) பரீட்சை பெறுபேறுகள்:  
சுட்டெண்..... வருடம்.....

பாடம்	தரம்
ஆங்கிலம்	.....



12. தொழில் தொடர்பான விபரங்கள்

a) தற்போதைய தொழில்

- i. பதவி .....
- ii நிறுவனம்/ திணைக்களம்.....
- iii தற்போதைய நிலையத்திற்கு நியமனம் செய்யப்பட்ட திகதி .....
- iv. நிரந்தரம்/ ஓய்வூதியம் பெறக் கூடியது/ ஓய்வூதியம்பெறாதது/ தற்காலிகமானது .....
- v. நீங்கள் சேவையில் உறுதி செய்யப்பட்டுள்ளீர்களா? .....
- vi. ஆம் எனில், உறுதிப்படுத்தப்பட்ட திகதி .....

b) கடந்தகால சேவை வரலாறு

நிறுவனம்	பதவி	இருந்து	வரை

c) தொழில் முறை தகுதிகள்/ பிற தகுதிகள்

பரீட்சை	வருடம்	நிறுவனம்	தேர்ச்சி/ தரம்

13. நீங்கள் சம்பளம் அற்ற விடுமுறை எடுத்துள்ளீர்களா / சம்பளம் அற்ற விடுமுறை உங்களுக்கு வழங்கப்பட்டுள்ளதா? ஆம்/இல்லை  
ஆம் எனில், தயவு செய்து விவரங்களைத் தரவும் .....

14. நீங்கள் எப்போதாவது கிரிமினல் குற்றத்திற்காக நீதிமன்றத்தில் தண்டிக்கப்பட்டிருக்கிறீர்களா?  
ஆம் எனில், அந்த குற்றச்சாட்டு மற்றும் விதிக்கப்பட்ட தண்டனை பற்றிய விவரங்களை அளிக்கவும்.

15. இயன் மருத்துவ சிகிச்சையாளராக இலங்கை மருத்துவ சபையில்/இலங்கை மருத்துவ கல்லூரி சபையில் மேற்கொள்ளப்பட்ட பதிவு பதிவு இல..... திகதி.....

16. விண்ணப்பதாரரின் வெளிப்படுத்துகை

இந்த விண்ணப்பத்தில் நான் கொடுத்துள்ள விவரங்கள் யாவும் உண்மையானவை என்றும் சரியானவை என்றும் இதன் மூலம் சான்றளிக்கிறேன். வழங்கப்பட்டுள்ள எந்தத் தகவலும் முழுமையற்றதாகவோ அல்லது தவறானதாகவோ கண்டறியப்பட்டால், எனது விண்ணப்பம் நிராகரிக்கப்படும் அல்லது பின்னர் கண்டறியப்பட்டால், எனது மாணவர் உறுப்புரிமை நிறுத்தப்பட்டு, கட்டணங்கள் மற்றும் பிணை மற்றும் சேவை ஒப்பந்தங்களின் படி பொருந்தக்கூடிய பிற செலவுகளை மீள செலுத்த வேண்டும் என்பதை நான் முழுமையாக அறிவேன்.

இந்தப் பயிற்சியின் காரணமாக, எனக்கு உயர் பதவியைக் கோரும் உரிமை இல்லை என்பதை நான் அறிவேன். மேலும் நான் இந்த படிப்பை முடித்திருந்தாலும், திணைக்களத்திடமிருந்து கூடுதல் சலுகைகளைப் பெற எனக்கு உரிமை இல்லை என்பதையும் நான் அறிவேன்.

மேற்படி பாடநெறிக்கு நான் தெரிவு செய்யப்பட்டால், மேற்படி விளம்பரத்தில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள படி சுகாதார சேவைகள் பணிப்பாளர் நாயகம்/ மாகாண சுகாதார சேவைகள் பணிப்பாளருடன் பிணை மற்றும் சேவை உடன்படிக்கைகளை மேற்கொள்ள வேண்டும் என்பதையும் நான் அறிவேன் என இத்தால் வெளிப்படுத்துகிறேன்

திகதி

விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம்

விடய அலுவலர் மற்றும் நிர்வாக அலுவலரின் சான்றிதழ்

திரு / திருமதி / செல்வி ..... (பதவி) .....  
என்பவரினால் பிரிவு 01 முதல் 16 வரை வழங்கப்பட்டுள்ள விபரங்கள் சரியானவை என சான்றுபகர்கின்றேன்.  
இந்த அதிகாரிக்கு எதிராக ஒழுக்காற்று நடவடிக்கை எதுவும் இல்லை / உள்ளது என்பதையும், சம்பளம்  
அற்ற விடுமுறை எதுவும் இல்லை/உள்ளது என்பதையும் உறுதிப்படுத்துகிறேன்..

திகதி

விடய அலுவலர் - பெயர் மற்றும் கையொப்பம்

திரு / திருமதி / செல்வி ..... (பதவி) .....  
என்பவரினால் பிரிவு 01 முதல் 16 வரை வழங்கப்பட்டுள்ள விபரங்கள் சரியானவை என சான்றுபகர்கின்றேன்.  
இந்த அதிகாரிக்கு எதிராக ஒழுக்காற்று நடவடிக்கையும் இல்லை/உண்டு என்பதையும், ஊதியமின்றிய விடுப்பு  
இல்லை/உண்டு என்பதையும் உறுதிப்படுத்துகிறேன்.

திகதி

நிர்வாக அலுவலர் - பெயர், கையொப்பம் மற்றும் பதவிமுத்திரை

நிறுவனத் தலைவரின் சான்றிதழ்

திரு/திருமதி/செல்வி ..... (பதவி) .....  
என்பவரினால் பிரிவு 01 முதல் 16 வரை வழங்கப்பட்டுள்ள விபரங்கள் சரியானவை அவரது வேலை மற்றும்  
நடத்தை ..... இவர் தெரிவு செய்யப்பட்டால் இவரை கொழும்பு பல்கலைக்கழகத்தின்  
இணை சுகாதார விஞ்ஞானபீடத்தின் இயன்மருத்துவ இளங்கலைமாணி (கௌரவ) பட்டப்படிப்பினை  
மேற்கொள்வதற்காக விடுவிக்க முடியும்/முடியாது.

திகதி

நிறுவனத் தலைவரின் கையொப்பம்

(பதவிமுத்திரை)

பிராந்திய சுகாதார சேவை பணிப்பாளரின் சான்றிதழ் (மாகாண விண்ணப்பதாரர்களுக்கு)

திரு/திருமதி/செல்வி ..... (பதவி) .....  
என்பவரினால் பிரிவு 01 முதல் 16 வரை வழங்கப்பட்டுள்ள விபரங்கள் சரியானவை அவரது வேலை மற்றும்  
நடத்தை ..... இவர் தெரிவு செய்யப்பட்டால் இவரை கொழும்பு பல்கலைக்கழகத்தின்  
இணை சுகாதார விஞ்ஞானபீடத்தின் இயன்மருத்துவ இளங்கலைமாணி (கௌரவ) பட்டப்படிப்பினை  
மேற்கொள்வதற்காக விடுவிக்க முடியும்/முடியாது.

திகதி

பி.ச.சே.ப.இன் கையொப்பம் (பதவிமுத்திரை)

மாகாண சுகாதார சேவை பணிப்பாளரின் சான்றிதழ் (மாகாண விண்ணப்பதாரர்களுக்கு)

திரு/திருமதி/செல்வி ..... (பதவி) .....  
என்பவரினால் பிரிவு 01 முதல் 16 வரை வழங்கப்பட்டுள்ள விபரங்கள் சரியானவை அவரது வேலை மற்றும்  
நடத்தை ..... இவர் தெரிவு செய்யப்பட்டால் இவரை கொழும்பு பல்கலைக்கழகத்தின்  
இணை சுகாதார விஞ்ஞான பீடத்தின் இயன்மருத்துவ இளங்கலைமாணி (கௌரவ) பட்டப்படிப்பினை  
மேற்கொள்வதற்காக விடுவிக்க முடியும்/முடியாது

திகதி

மா.ச.சே.ப.இன் கையொப்பம் பதவிமுத்திரை

දුරකථන ) 0112669192 , 0112675011  
දුරකථන ) 0112698507 , 0112694033  
Telephone ) 0112675449 , 0112675280

ෆැක්ස් ) 0112693866  
ෆැක්ස් ) 0112693869  
Fax ) 0112692913

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

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



සුවසිරිපාය  
சுவசிரிபாய  
SUWASIRIPAYA

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය  
சுகாதார அமைச்சு  
Ministry of Health

මගේ අංකය )  
எனது இல ) ETR/D/UOC-DAHS/01/2023,  
My No. )

ඔබේ අංකය )  
உமது இல )  
Your No. )

දිනය )  
திகதி ) 04 .09.2023  
Date )

**General Circular Letter:- 02 – 140 / 2023**

Provincial Health Secretaries,  
Provincial Directors of Health Services,  
Regional Directors of Health Services,  
Heads of Decentralized Units / Specialized Campaigns,  
Directors of Hospitals under the line Ministry,  
Heads of the Institutions,

**B.Sc (Hons.) in Physiotherapy Degree Program conducted by Faculty of Allied Health Sciences, University of Colombo**

Applications are hereby invited from suitably qualified candidates who are currently in Health Services and working under the Ministry of Health / Provincial Ministry of Health to follow the B.Sc (Hons.) in Physiotherapy degree course conducted by the University of Colombo. The selected candidates will be enrolled to the 2<sup>nd</sup> academic year (exempted from the 1<sup>st</sup> year studies) to follow the B.Sc (Hons.) in Physiotherapy four (04) year degree programme.

**1. Entry Qualifications**

- 1) Applicant should have obtained a Diploma in Physiotherapy and should be registered with the Sri Lanka Medical Council / Ceylon Medical College Council
- 2) Applicant should have completed a minimum of three (03) years of service under the Ministry of Health at the date of closing applications.
- 3) Applicant should be below 45 years of age at the date of closing of the applications.
- 4) Applicant should have "S" pass in Physics, Chemistry and subject following one of the subjects: (Biology / Mathematics / Higher Mathematics / Combined Mathematics at the GCE (A/L) examination at the same sitting.
- 5) Applicant shall at least have a pass (S) in English for GCE (O/L) examination.
- 6) Applicant should have appropriate mental and physical fitness to pursue the course of the selected field of study.
- 7) Trainees will be selected from an aptitude test and interview conducted by the University of Colombo.

## 2. Applications

The applications should be prepared as per the specimen form appended here and should be duly certified by the Head of the Institution. In the case of Line Ministry Institutions, the heads of the institutions and in the case of Provincial Institutions, the Regional Director of Health Services, and the Provincial Director of Health Services should certify the applications. Applications should be sent by Registered Post to reach the **Deputy Director General (Education, Training & Research), Ministry of Health, "Suwasiripaya" No. 385, Ven. Baddegama Wimalawansa Thero Mawatha, Colombo 10, on or before 08th September 2023**, through the Head of the Institution / Provincial Director of Health Services. Applications which are incomplete or received after the closing date will be rejected. The words "**Lateral Entry to B.Sc. (Hons) in Physiotherapy Degree Programme of Faculty of Allied Health Sciences, (FAHS) University of Colombo**" Should be legibly marked in the left upper corner of the envelope.

## 3. Selection Examination

The applicants will be required to sit for an aptitude test and interview conducted by the University of Colombo and the structure of the examination will be decided by the University of Colombo.

## 4. Service Agreement

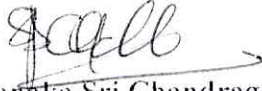
Selected candidates will be granted three (3) years of paid leave. Candidate should sign a bond with the Secretary of Health / Provincial Secretary of Health agreeing to duly complete the course and to serve 10 years in the Ministry of Health (Line Ministry or Provincial Ministry) upon completion of the course. The value of the Bond will be Rs.600,000/-

In the event of a selected candidate failing to complete the said degree programme or failing to fulfil the conditions laid down by the Ministry of Health / Provincial Health Ministry pertaining to the bond and agreement, appropriate legal action will be taken against such candidates.

However, by virtue of this training, the candidates have no right to demand a higher post. In addition, absorbing the trainees who have completed the course in to a higher post in the department depends on the existing vacancies and solely on the discretion of the appointing authorities.

5. Please ensure that the contents of this circular are brought to the notice of all eligible officers in your Institution / RDHS area / Province / Campaign.

6. In the event of an inconsistency among Sinhala, Tamil and English translations of this circular, the circular in Sinhala language shall prevail.

  
S. Janaka Sri Chandraguptha  
Secretary

**S. Janaka Sri Chandraguptha**  
Secretary  
Ministry of Health  
"Suwasiripaya"  
385, Rev. Baddegama Wimalawansa Thero Mawatha,  
Colombo 10.

cc.

1. Additional Secretary (Medical Services)
2. Director General of Health Services
3. Deputy Director General (Admin) III - (F.N.A)
4. Director - Administration II - To prepare Bond and Agreement
5. Dean, Faculty of Allied Health Sciences, University of Colombo
6. Chief Legal Officer, Ministry of Health

Application For Lateral Entry – B.Sc (Hons) in Physiotherapy Degree Program Conducted by the Faculty of Allied Health Sciences, University of Colombo

1. Name with initials (In block letters) .....
2. Full name of the applicant (In block letters) .....
3. i) Designation .....  
ii) Date of first appointment .....  
iii) Present Grade .....
4. Address  
i) Official .....  
ii) Private .....
5. Telephone:  
Official ..... Private ..... Mobile .....
6. Date of Birth (Y/M/D) .....
7. NIC No .....
8. Age (Y) ..... (M) ..... (D) ..... (as at 08th of September 2023)
9. Sex: - Male / Female .....
10. Marital Status .....
11. Educational Qualifications:
  - i. G.C.E (Advanced Level) Examination Results: - Index No. .... Year .....

Subject	Grade
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

  - ii. G.C.E (Ordinary Level) Examination Results: Index No. .... Year .....

Subject	Grade
English	.....

12. Details of employment

a. Current employment

- i. Designation .....
- ii. Institution/ Department .....
- iii. Date of appointment to the present station .....
- iv. Permanent/ Pensionable/ Non – Pensionable/ Temporary .....
- v. Are you confirmed in the service .....
- vi. If Yes, Date of confirmation .....

b. Past employment records

Institution	Designation	From	To

c. Professional Qualifications/ Other Qualifications

Examination	Year	Institution	Pass/Grade

13. Have you taken/given no pay leave? Yes / No

If Yes, Please give details .....

14. Have you ever been convicted in a court of Law for a criminal offence? .....

If Yes, furnish particulars of such conviction and penalty imposed.

.....

15. Registration in the Sri Lanka Medical Council / Ceylon Medical College Council as a Physiotherapy

Reg. No ..... Date .....

16. Declaration by Applicant

I hereby certify that the particulars given by me in this application are true and accurate. If any information is found to be incomplete or incorrect, I am fully aware that my application will be rejected or if found later, my studentship will be discontinued and liable to recover the charges and any other expenses applicable according to the bond and agreement.

I am aware that by virtue of this training, I have no right to demand a higher post. Although I have completed the course, I have no right to claim additional benefits from the department.

I am also aware that in case if I am selected for the above course I shall enter into an agreement and bond with the Director General of Health Services/Provincial Director of Health Services as stipulated in the said advertisement.

.....  
Date

.....  
Signature of the Applicant

**Certificate of the Subject Clerk & Administrative Officer**

I certify that particulars given by Mr / Mrs /Miss .....  
(Designation) ..... in sections 01 to 15 are correct. I confirm that  
there is NO / HAVE disciplinary action against this officer and do NOT HAVE / HAVE no pay leave.

.....  
Date

.....  
Relevant Subject Clerk - Name & Signature

---

I certify that particulars given by Mr / Mrs /Miss .....  
(Designation) ..... in sections 01 to 15 are correct. I confirm that  
there is NO / HAVE disciplinary action against this officer and do NOT HAVE / HAVE no pay leave.

.....  
Date

.....  
Administrative Officer -Name, Signature & Official Stamp

---

**Certificate of the Head of the Institution**

I certify that particulars given by Mr / Mrs /Miss .....  
(Designation) ..... in sections 01 to 15 are correct and his/her  
work and conduct are..... If selected, he/she could be released / cannot be  
released to follow B.Sc. (Hons) in Physiotherapy Degree Programme conducted by the University of  
Colombo.

.....  
Date

.....  
Signature of Head of Institution (Official Stamp)

---

**Certificate of the Regional Director of Health Service (for Provincial Applicants)**

I certify that particulars given by Mr / Mrs / Miss .....  
(Designation) ..... in sections 01 to 15 are correct and his/her the work  
and conduct of this applicant is ..... If selected, he/she could be released /  
cannot be released to follow B.Sc. (Hons) in Physiotherapy Degree Programme conducted by the  
University of Colombo.

.....  
Date

.....  
Signature of RDHS (Official Stamp)

---

**Certificate of the Provincial Director of Health Service (for Provincial Applicants)**

I certify that particulars given by Mr / Mrs / Miss .....  
(Designation)..... and in sections 01 to 15 are correct and his/her the  
work and conduct of this applicant is..... If selected, he/she could be released  
/ cannot be released to follow B.Sc. (Hons.) in Physiotherapy Degree Programme conducted by the  
University of Colombo.

.....  
Date

.....  
Signature of PDHS (Official Stamp)