

සෞඛ්‍ය රියදුරු ස්ථාන මාරු අයදුම් පත්‍රය

- 01. නිලධාරියාගේ නම :
- 02. වර්තමාන නිල නාමය-ශ්‍රේණිය/ පන්තිය :
- 03. එම ශ්‍රේණියට / පන්තියට පත් වූ දිනය :
- 04. උපන් දිනය :
- 05. විශේෂ පුහුණුවක් තිබේ නම් විස්තර :

06. භාෂා ප්‍රවීණතා මට්ටම : සිංහල දෙමළ ඉංග්‍රීසි

- 07. ස්ථීර පදිංචිය හා දිස්ත්‍රික්කය :
- 08. විවාහක / අවිවාහක බව :
- 09. (අ) එසේ නම් ඔහුගේ / ඇයගේ නම :
- (ආ) සැමියා / බිරිඳ රැකියාවක් කරයිද? :
- (ඇ) නිල නාමය :
- (ඈ) සේවය කරන ස්ථානයේ නම :

10. (අ) පාසල් යන ළමයින් ගණන සහ වයස :

(ආ) පාසල් නොයන ළමයින් ගණන සහ වයස :

11. සේවය කර ඇති සේවා ස්ථානය - වර්තමාන සේවා ස්ථානය අගට සිටින සේ සඳහන් කරන්න.

අනු අංකය	සේවා ස්ථානය	සේවා කාලය	
		සිට	දක්වා
I.			
II.			
III.			
IV.			

12. වඩාත් කැමති සේවා ස්ථාන (ස්ථාන මාරු වීම් අපේක්ෂා නොකරන අය විසින් වර්තමාන සේවා ස්ථානය පළමු මනාපය සේ දැක්විය යුතුය) මනාපය අනුපිළිවලින් සේවා ස්ථාන 06ක් දැක්වීම අනිවාර්යය.)

අනු අංකය	සේවා කිරීමට කැමති සේවා ස්ථානය
I.	
II.	
III.	

13. ඉල්ලුම් කිරීමට හේතු :

14. වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ මාරු කිරීමට විරුද්ධව විශේෂ හේතු ඇත්නම් ඒ කවරේද යන්න සටහන් කරන්න :

ඉහත තොරතුරු සත්‍ය බවත් නිවැරදි බවත් මින් සහතික කරමි.

දිනය :

.....
ඉල්ලුම්කරුගේ අත්සන

ආයතන ප්‍රධානියා / කාර්යාල නිලධාරියා විසින් පිරවිය යුතුය.

(අ) ස්ථාන මාරු වීම නිර්දේශ කරමි / නොකරමි

(ආ) අයදුම්පතේ 1,2,3,4 හා 11 හි සඳහන් කරුණු නිවැරදි බව මෙයින් සහතික කරමි.

(ඇ) අනුප්‍රාප්තිකයකු නොමැතිව ඉල්ලුම්කරු මුදාලිය හැකි / මුදාලිය නොහැක.

දිනය :

.....
ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන

විමධ්‍යගත කොට්ඨාශ ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය

දිනය :

.....
අත්සන හා නිල නාමය

