

ආදර්ශ අයදුම්පත
ප්‍රාථමික ශ්‍රේණියේ වෛද්‍ය නිලධාරීන් සහ දත්ත ශල්‍ය වෛද්‍ය
නිලධාරීන් සඳහා වන දෙපාර්තමේන්තු විභාගය - 2010 සැප්තැම්බර්

01. (අ) (i) අයදුම්කරුගේ නම : (සිංහලෙන් හෝ දෙමළෙන් මුලකුරු අගට යොදා ලියන්න.) :

(ii) අයදුම්කරුගේ නම : (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරින් මුලකුරු අගට යොදා ලියන්න.)

(iii) මුලකුරුවලින් හැඳින්වෙන නමී : (සිංහලෙන් හෝ දෙමළෙන්)

(iv) මුලකුරුවලින් හැඳින්වෙන නමී : (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරින්)

(අ) (i) නිල නාමය (වෛද්‍ය නිලධාරී/දත්ත ශල්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී)

(ii) සීමාවාසික පත්වීම ලද දිනය :

(iii) ප්‍රාථමික ශ්‍රේණියට පත්වීම ලද දිනය :

02. ඔබ මෙවර විභාගයට පෙනී සිටීමට අපේක්ෂා කරන විෂයයන් ඉදිරියේ ඇති කොටුව තුළ () ලකුණු යොදන්න. පෙනී නොසිටින්නේ නම් (x) ලකුණු යොදන්න.

රෝහල් සහ බෙහෙත්	<input type="checkbox"/>	ආයතන සංග්‍රහය	<input type="checkbox"/>	ගිණුම්	<input type="checkbox"/>
ශාලා පරිපාලනය					
සිංහල වාචික	<input type="checkbox"/>	දෙමළ වාචික	<input type="checkbox"/>		

03. විභාගයට පෙනී සිටින මාධ්‍යය - (සිංහල/ඉංග්‍රීසි/දෙමළ) :

04. (අ) දැන් සේවය කරන ආයතනය :

(අ) එය අයත් දිස්ත්‍රික්කය :

(ඇ) පහත දැක්වා ඇති මධ්‍යස්ථාන අතුරින් විභාගයට පෙනී සිටීමට කැමැති විභාග මධ්‍යස්ථානයට අදාළ කොටුවේ () හරි ලකුණු යොදන්න. (දෙපාර්තමේන්තුවේ අවශ්‍යතාවයක් මත හෝ කිසියම් විභාග මධ්‍යස්ථානයකට ප්‍රමාණවත් අයදුම්කරුවන් සංඛ්‍යාවක් නොමැති නම් හෝ දැක්වා ඇති මධ්‍යස්ථාන එකක් හෝ කිහිපයක් අවලංගු කරනු ලබන අතර එකී මධ්‍යස්ථානයට අයදුම්කරනු ලැබූ අයදුම්කරුවන් ආසන්නතම විභාග මධ්‍යස්ථානයකට හෝ සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් තීරණය කරනු ලබන වෙනත් විභාග මධ්‍යස්ථානයකට අනුයුක්ත කරනු ලැබේ.)

කොළඹ	<input type="checkbox"/>	කදාන	<input type="checkbox"/>	හම්බන්තොට	<input type="checkbox"/>	අම්පාර	<input type="checkbox"/>
කළුතර	<input type="checkbox"/>	ගාල්ල	<input type="checkbox"/>	බදුල්ල	<input type="checkbox"/>	වව්නියා	<input type="checkbox"/>
කුරුණෑගල	<input type="checkbox"/>	අනුරාධපුර	<input type="checkbox"/>	රත්නපුර	<input type="checkbox"/>		
මහනුවර	<input type="checkbox"/>	මඩකලපුව	<input type="checkbox"/>	යාපනය	<input type="checkbox"/>		

(ඇ) විභාග ප්‍රවේශ පත්‍රය එවීම සඳහා පැහැදිලිව ලිපිනය ලියන ලද 9" x 4" ප්‍රමාණයේ රු. 30.00 ක මුද්දර ඇලවූ ලියුම් කවරයක් අයදුම්පත්‍රයට අමුණාන ලද්දේ ද?

(ඉ) (i) තැපැල් ලිපිනය : (සිංහලෙන් හෝ දෙමළෙන්) :

(ii) තැපැල් ලිපිනය : (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරින්) :

05. (අ) මීට ප්‍රථම මෙම විභාගයට පෙනී සිටියේ ද ? :

(ආ) එසේ පෙනී සිට ඇත්නම් මෙවර වෙනුවෙන් මුද්දර අලවා තිබේද? :

මුද්දර කොටුව

06. අයදුම්කරුගේ සහතිකය :

මගේ දැනුම හා විශ්වාසය පරිදි :

(i) මම ඉල්ලුම් පත්‍රයේ සඳහන් කර ඇති තොරතුරු සත්‍ය බවත් මෙම විභාගයට මා පෙනී සිටින්නේ ප්‍රථම වතාවට බැවින් විභාග ගාස්තු ගෙවීම අනවශ්‍ය බවත් ප්‍රථම වතාවට නොවන බැවින් රු..... ක් වටිනා මුද්දර අලවා ඇති බවත් මෙම ඉල්ලුම්පත්‍රයට මා විසින් අලවා ඇති මුද්දර අවලංගු කිරීමට පෙර වලංගු වූ පාවිච්චි නොකරන ලද මුද්දර බවත් ප්‍රකාශ කරමි.

(ii) සෞඛ්‍ය දෙපාර්තමේන්තුව විසින් විභාග පිළිබඳව පනවා ඇති නීතිරීතිවලට එකඟව ක්‍රියාකිරීමටත්, මෙම විභාගය පිළිබඳ ව්‍යවස්ථාව අනුව මා නුසුදුස්සකු බව පෙනී ගියහොත්, මගේ විභාගාපේක්ෂකත්වය අවලංගු කිරීමට ගනු ලබන කවර හෝ තීරණයකට මම එකඟවන බවත් සහතික කරමි.

.....
අයදුම්කරුගේ අත්සන

දිනය :

07. ආයතන ප්‍රධානියාගේ සහතිකය

..... මහතා/මහත්මිය/මෙනවිය මෙම ආයතනයේ සේවයේ නියුතු වෛද්‍ය නිලධාරියකු/දුන්න ශල්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරියකු වන අතර, අයදුම්පත්‍රයෙහි දී තිබෙන තොරතුරු අයදුම්කරුගේ පෞද්ගලික ලිපි ගොනුවේ ඇති තොරතුරු අනුව නිවැරදි බවත්, මෙම විභාගයට පෙනී සිටින්නේ ප්‍රථම වතාවට වන/නොවන බවටද රු. ක් වටිනා මුද්දර, මෙම මුද්දර ඉල්ලුම් පත්‍රයට අලවා ඇති බවද/මුද්දර ඇලවීමට අනවශ්‍ය බවටද, මා ඉදිරිපිටදී අත්සන් කළ බවද, සහතික කරමි.

.....
ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන.

දිනය :

08. විමධ්‍යගත කොට්ඨාශ/විශේෂිත ව්‍යාපාර ප්‍රධානියාගේ සහතිකය

..... මහතා/මහත්මිය/මෙනවිය මෙම ආයතනයේ සේවයේ නියුතු වෛද්‍ය නිලධාරියකු/දුන්න ශල්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරියකු වශයෙන් මගේ කොට්ඨාශයේ/ව්‍යාපාරයේ සේවය කරන බවත්, අයදුම්පත්‍රයෙහි දී තිබෙන තොරතුරු අයදුම්කරුගේ පෞද්ගලික ලිපි ගොනුවේ ඇති තොරතුරු අනුව නිවැරදි බවත්, මෙම විභාගයට පෙනී සිටීමට ඔහුට/ඇයට සුදුසුකම් ඇති බවත් සහතික කරමි.

.....
විමධ්‍යගත කොට්ඨාශ/විශේෂිත
ව්‍යාපාර ප්‍රධානියාගේ අත්සන.
(රබර් මුද්‍රාව තැබිය යුතුය)

දිනය :

(අනවශ්‍ය කොටස් කපා හරින්න.)