

නිලධාරියා වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ සේවය කරන ලද කාලය 2023.12.31 දිනට		
අවුරුදු	මාස	දින

ආකෘති පත්‍ර අංක 01

ශ්‍රී ලංකා ආයුර්වේද වෛද්‍ය සේවයේ ශ්‍රේණිගත ආයුර්වේද වෛද්‍ය නිලධාරීන්ගේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු -2023-2024

01. උප්පැන්න සහතිකයට අනුව සම්පූර්ණ නම (සිංහලෙන්):-.....
මයා/මිය/මෙය

02. උප්පැන්න සහතිකයට අනුව සම්පූර්ණ නම (ඉංග්‍රීසියෙන්):-
මයා/මිය/මෙය

03. නම වෙනස් කර ඇත්නම් සම්පූර්ණ නම (සිංහලෙන්):-.....
මයා/මිය/මෙය

04. නම වෙනස් කර ඇත්නම් සම්පූර්ණ නම (ඉංග්‍රීසියෙන්):-.....
මයා/මිය/මෙය

05. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය:-.....

06. උපන් දිනය:-..... 2023.12.31 දිනට වයස, අවුරුදු,-..... මාස..... දින.....

07. ස්ත්‍රී / පුරුෂ භාවය:-.....

08. වර්තමාන තනතුරු නාමය;

- i. ආයුර්වේද වෛද්‍ය නිලධාරී
- ii. ආයුර්වේද ප්‍රජා සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී
- iii. ආයුර්වේද ප්‍රජා සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරී, වකුගඩු රෝග නිවාරණ
- iv. කාර්ය භාර වෛද්‍ය නිලධාරී
- v. වෛද්‍ය අධිකාරී
- vi. අධ්‍යක්ෂක

09. ශ්‍රේණිය:-.....

10. මුල්පත්වීම් දිනය:-.....

- i. දෙවන ශ්‍රේණියට පත් වූ දිනය:-.....
- ii. පළමු ශ්‍රේණියට පත් වූ දිනය:-.....

11. 2023.12.31. දිනට ආයුර්වේද වෛද්‍ය සේවයේ සම්පූර්ණ සේවා කාලය:- අවුරුදු,-..... මාස..... දින.....

12. වර්තමාන සේවා ස්ථානය:-.....

(ප්‍රජා සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලධාරියකු නම් සේවය කරන ප්‍රාදේශීය ලේකම් කොට්ඨාසය සහ සේවයට වාර්තා කරනු ලබන ආයතනය පැහැදිලිව සඳහන් කරන්න)

- i. වර්තමාන සේවා ස්ථානය පිහිටි නගරය:-.....
- ii. වර්තමාන සේවා ස්ථානය අයත් දිස්ත්‍රික්කය:-.....

13. වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ රාජකාරියට වාර්තා කළ දිනය:-.....

i. 2023.12.31 දිනට එම සේවා ස්ථානයේ සම්පූර්ණ සේවා කාලය:- අවු..... මාස..... දින.....

ii. සේවා ස්ථාන වර්ගීකරණය ප්‍රියමනාප නොවන ප්‍රියමනාප ඉතා ප්‍රියමනාප

14. වැටුප් රහිත නිවාඩු ලබා ගෙන ඇත්නම් ඒ සම්බන්ධ තොරතුරු:-

අනු අංකය	වැටුප් රහිත නිවාඩු ලබා ගෙන ඇති කාරණය	එම නිවාඩු ලබා ගෙන ඇති කාල සීමාව (අවු.. මාස.. දින.. සිට අවු.. මාස.. දින..දක්වා)	වැටුප් රහිත නිවාඩු අනුමත කර ඇති බලධාරියාගේ නම සහ තනතුර	වෙනත්

15. තාවකාලික අනුයුක්ත කාලයන් සම්බන්ධ තොරතුරු:-

- පෞද්ගලික හේතු මත/සේවා අවශ්‍යතාවය මත හෝ වෙනයම් හේතුවක් මත තාවකාලිකව අනුයුක්ත ලබා ඇත්නම් ඒ සම්බන්ධව අදාළ කාල පරාසයද සහිතව වෙන් වෙන් වශයෙන් පැහැදිලිව සඳහන් කළ යුතුයි.
- එම අනුයුක්ත වලට අදාළ තොරතුරු අදාළ ලේඛන මගින් ඉදිරිපත් කළ යුතුයි.

අනු අංකය	තාවකාලික අනුයුක්ත ලබා ගෙන ඇති කාරණය	තාවකාලික අනුයුක්ත ලබා ගෙන ඇත්තේ පෞද්ගලික හේතු මත/සේවා අවශ්‍යතාවය මත හෝ වෙනයම් හේතුවක් මත ද යන්න (වෙනත් හේතුවක් නම් එම හේතුව පැහැදිලිව සටහන් කළ යුතුය)			එම අනුයුක්තය ලබා ගෙන ඇති කාල සීමාව (අවු.. මාස.. දින.. සිට අවු.. මාස.. දින..දක්වා)	තාවකාලික අනුයුක්තය ලබා ගත් සේවා ස්ථානයේ නම	තාවකාලික අනුයුක්තය අනුමත කර ඇති බලධාරියාගේ නම සහ තනතුර	වෙනත්
		පෞද්ගලික හේතු මත	සේවා අවශ්‍යතාවය මත	වෙනත්				

16. පශ්චාත් උපාධි පාඨමාලාවක් සඳහා ආසන්න වසර 03 ක කාලය තුළ පූර්ණ කාලීන අධ්‍යයන නිවාඩු ලබා ගෙන තිබේද?

- හදාරා ඇති පශ්චාත් උපාධි පාඨමාලාවේ නම :-.....
- අධ්‍යන නිවාඩු අනුමත කර ඇති බලධාරියා :-.....
- අධ්‍යන නිවාඩු අනුමත කර ඇති කාල සීමාව :-.....
- පාඨමාලා ගාස්තු සඳහා මුදල් ගෙවා ඇති / නැති බව :-.....

17. ස්ථීර පදිංචි ලිපිනය :-.....

18. තාවකාලික ලිපිනය:-.....

19. සේවා ස්ථානයේ සිට ස්ථීර පදිංචි ස්ථානයට ඇති දුර (කි.මී):-.....

20. දුරකථන අංකය:- කාර්යාල:-..... පෞද්ගලික:-.....

21. විවාහක / අවිවාහක / දික්කසාද බව :-.....

22. විවෘත නම :-

- අ. කලත්‍රයාගේ නම:-.....
- ආ. කලත්‍රයාගේ රැකියාව:-.....
- ඇ. කලත්‍රයාගේ සේවා ස්ථානය සහ ලිපිනය:-.....
- ඈ. කලත්‍රයාගේ සේවා ස්ථානයේ සිට ඔබගේ සේවා ස්ථානයට ඇති දුර කි.මී.:-.....
- ඉ. කලත්‍රයා සේවය කරන සේවා ස්ථානය අයත් දිස්ත්‍රික්කය:-.....
- ඊ. පාසල් යන ළමයින් පිළිබඳ විස්තර :-

නම	උපන් දිනය	ශ්‍රේණිය	පාසලේ නම සහ ලිපිනය
.....
.....
.....

23. පත්වීම් දින සිට මේ දක්වා ආයුර්වේද වෛද්‍ය සේවයේ සේවය කරන ලද සේවා ස්ථාන, සේවා ස්ථාන වර්ගීකරණයට අනුව:- (අදාළ කොටුව තුළ $\sqrt{\hspace{1cm}}$ යොදන්න.) **2018 වසරේ පත්වීම් ලද ආයුර්වේද වෛද්‍ය නිලධාරීන් වගු අංක 02 පමණක් අනිවාර්යෙන් සම්පූර්ණ කළ යුතුය.**

වගු අංක 01

අනු අංකය	සිට	දක්වා	සේවා ස්ථානය	සේවා ස්ථාන වර්ගීකරණය		
				ප්‍රියමනාප නොවන	ප්‍රියමනාප	ඉතා ප්‍රියමනාප

වගු අංක 02

2018 වසරේ පත්වීම් ලද ආයුර්වේද වෛද්‍ය නිලධාරීන් පමණක් සම්පූර්ණ කළ යුතුය.

අනු අංකය	2018 වසරේදී මුල් පත්වීම් ලද සේවා ස්ථානය	2019 වසරේදී නැවත ස්ථාන ගත කිරීමේදී ලද සේවා ස්ථානය	රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභාව හෝ රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභාවේ සෞඛ්‍ය සේවා කමිටුවේ අනුමැතියකින් ස්ථාන මාරුවක් ලද්දේ නම් එම සේවා ස්ථාන	සිට	දක්වා	සේවා ස්ථාන වර්ගීකරණය		
						ප්‍රියමනාප නොවන	ප්‍රියමනාප	ඉතා ප්‍රියමනාප

24. ස්ථාන මාරු ඉල්ලුම් කරන සේවා ස්ථාන

- සේවා ස්ථාන අවමය හා උපරිමය 10ක් සඳහන් කළ යුතුයි.
- වර්තමාන සේවා ස්ථානය සහ එකම සේවා ස්ථානය නැවත නැවත සඳහන් නොකළ යුතුයි.

අංක	සේවා ස්ථාන	පළාත් සභාව/මධ්‍යම රජය
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

25. ස්ථාන මාරු ඉල්ලුම් කිරීමට හේතු

- I.
- II.
- III.

26. නිලධාරියාගේ දෙමාපියන් ,ආබාධිත සහ විශේෂ අවශ්‍යතා සහිත දරුවන් පිළිබඳ විස්තර .

- I.
- II.
- III.

ඉහත සඳහන් සියළු තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට සහතික කරමි.මා විසින් ස්ථාන මාරු ලැබීමට ඉල්ලා ඇති ඕනෑම සේවා ස්ථානයකට , ස්ථාන මාරු ලැබීමට කැමැත්ත මින් පළ කරන බවත් එම ඉල්ලීම මත ලබා දෙන ස්ථාන මාරු සඳහා නියෝග නිකුත් කළ පසු එම නියෝගය අවලංගු කිරීමට හෝ සංශෝධනය කිරීමට හිමිකමක් නොමැති බවත් පිළිගනිමි.

.....

දිනය.....

නිලධාරියාගේ/ නිලධාරිනියගේ අත්සන

සැලකිය යුතුයි:- අයදුම්පතෙහි සඳහන් තොරතුරු අසත්‍ය බව තහවුරු වුවහොත් ඉල්ලුම් කරන ලද සේවා ස්ථාන නොසලකා ස්ථාන මාරු කිරීමට ලක්විය හැකි බව සඳහන් කරමි.

ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය:

ඉහත නම සඳහන් නිලධාරියා/නිලධාරිනිය වර්තමාන සේවා ස්ථානය වෙත ස්ථාන මාරු කර ඇත්තේ ඔහුගේ / ඇයගේ ඉල්ලීම මතය/විනය හේතු මතය.මෙම නිලධාරියා/නිලධාරිනිය සම්බන්ධයෙන් විනය පරීක්ෂණයක් ආරම්භ කර ඇත./නැත.ඉහත දක්වා ඇති තොරතුරු නිවැරදි බවට සහතික කරමි.ස්ථාන මාරු ඉල්ලීම නිර්දේශ කරමි./නොකරමි.

දිනය:-.....

.....

ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

පළාත් ආයුර්වේද/පළාත් පාලන කොමසාරිස්ගේ නිර්දේශය:

ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශයට එකඟ වෙමි/නොවෙමි.අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව මෙම නිලධාරියා/නිලධාරිනිය මුදා හැරිය හැකිය./නොහැකිය.

දිනය:-.....

.....

පළාත් ආයුර්වේද කොමසාරිස් /පළාත් පාලන කොමසාරිස්
අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

පළාත් සෞඛ්‍ය ලේකම්ගේ / පළාත් පාලන විෂය භාර පළාත් අමාත්‍යාංශ ලේකම්ගේ නිර්දේශය:

පළාත් ආයුර්වේද කොමසාරිස්ගේ /පළාත් පාලන කොමසාරිස්ගේ නිර්දේශයට එකඟ වෙමි.

දිනය:-.....

.....

පළාත් සෞඛ්‍ය ලේකම්ගේ /
පළාත් පාලන විෂය භාර පළාත් අමාත්‍යාංශ ලේකම්ගේ
අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

ප්‍රධාන ලේකම්ගේ නිර්දේශය:

පළාත් සෞඛ්‍ය ලේකම්ගේ / පළාත් පාලන විෂය භාර පළාත් අමාත්‍යාංශ ලේකම්ගේ නිර්දේශයට එකඟ වෙමි. ගරු ආණ්ඩුකාරවරයාගේ එකඟතාවය ලබාගෙන ඇත.

දිනය:-.....

.....

ප්‍රධාන ලේකම්ගේ
අත්සන හා නිල මුද්‍රාව