

ආදර්ශ අයදුම්පත්‍රය

නැගෙනහිර පළාත් ආයුර්වේද දෙපාර්තමේන්තුවේ ආයුර්වේද රෝහල්වල වෛද්‍ය අධිකාරී (ආයුර්වේද)
තනතුරට බලුවා ගැනීම සඳහා වන ව්‍යුහගත සම්මුඛ පරීක්ෂණය - 2024

භාෂා මාධ්‍යය
සිංහල - S දෙමළ - T
(අභ්‍යාච්‍ය අක්ෂරය කොටුව තුළ මියන්න)

ස්ථීර පදිංචි දියුණුක්කය :

- 1.0 i. නිලධාරියාගේ නම : Rev/Mr/Mrs/Miss
- ii. වර්තමාන සේවා ස්ථානය හා ලිපිනය :
- iii. දැනට දුරන තනතුර :
- iv. සේවය හා ගෞනීය :
- v. ස්ථීර ලිපිනය
(සිංහලන්/දෙමළන්)
- vi. ස්ත්‍රී / පුරුෂ භාවය :
- vii. උපන් දිනය :
- viii. 2024.01.22 දිනට වයස :
- ix. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :
- x. දුරකතන අංකය :
- පොද්ගේලික : රාජකාරී :
- xi. මුල් පත්වීම් දිනය :
- xii. සේවය ස්ථීර කළ දිනය :
- xiii. I ගෞනීයට උසස් වූ දිනය :
- xiv. ලංඡලය අවසාන දිනය :
- සිටි දැක්වා අවුරුදු මාස දින
- xv. අයදුම්පත් භාරගත්තා අවසාන දිනට I ගෞනීයේ සක්‍රීය සේවා කාලය :
අවුරුදු මාස දින
- xvi. අධ්‍යාපන සූදුසුකම් :

බො ඇති උපාධි/ පැහැදිලි උපාධි/ පැහැදිලි උපාධි/ පැහැදිලි උපාධි	විෂය ස්මේලුය	විශ්ව විද්‍යාලය/ පුහුණු ආයතනය	වලංගු දිනය

- xvii. ලංඡලය ආයුර්වේද වෛද්‍ය සේවයේ සේවා කාලය තුළ බව ඇති සේවා පළපුරුද්ද පිළිබඳ විස්තර:

දුරකථන ලද තත්ත්ව	ආයතනය	සේවය කළ කාල සීමාව	
		සිටි	දැක්වා

xviii. වාර්ෂික කාර්යය සාධන අභ්‍යන්තර :

අයදුම්පත් හාරුගන්නා අවසන් දිනට පූර්වාසන්න වර්ෂ 5 තුළ ලබා ඇති කාර්යය සාධන මට්ටම් පිළිබඳ විස්තර (අභ්‍යන්තර නොවන වචන කපා හරින්න)

වර්ෂය	ලබා ඇති කාර්යය සාධන මට්ටම
2018	විශිෂ්ටයි/ සාමාන්‍ය ප්‍රමාණයට වඩා ඉහළ / සතුවුලුයක
2019	විශිෂ්ටයි/ සාමාන්‍ය ප්‍රමාණයට වඩා ඉහළ / සතුවුලුයක
2020	විශිෂ්ටයි/ සාමාන්‍ය ප්‍රමාණයට වඩා ඉහළ / සතුවුලුයක
2021	විශිෂ්ටයි/ සාමාන්‍ය ප්‍රමාණයට වඩා ඉහළ / සතුවුලුයක
2022	විශිෂ්ටයි/ සාමාන්‍ය ප්‍රමාණයට වඩා ඉහළ / සතුවුලුයක

xix. පෙනුණු පාධමාලා පිළිබඳ තොරතුරු :

පෙනුණු පාධමාලාව	පාධමාලා කාලය	පෙනුණු ආයතනය

2.0 අයදුම්කරුගේ සහතිකය

- (අ) මෙම ඉල්ලුම්පතුයේ මෙවින් සපයා ඇති තොරතුරු මා දැන්නා තරම්න් සහා නිවැරදි බව ගොරවයෙන් ප්‍රකාශ කර සිටිමි. මෙහි යම් කොටස් සම්පූර්ණ තොකිරීමෙන් සහ/හෝ වැරදි ලෙස සම්පූර්ණ තොකිරීමෙන් සිදුවිය හැකි අලාභය විදුදුරා ගැනීමට එකා වෙමි. තවද මෙහි සියලුම කොටස් නිවැරදිව සම්පූර්ණ කර ඇති බව ද ප්‍රකාශ කරමි.
- (ආ) තවද, ව්‍යුහගත සම්මුඛ පරික්ෂණය පැවතීමේ සම්බන්ධයෙන් පළාත් රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සහා ලේකම් විසින් පහවනු බෙන නිනිරිතිවලට මම යටත් වන බවද ප්‍රකාශ කරමි.
- (ඇ) මෙහි සඳහන් තියිදු තොරතුරක් පසුව වෙනස් තොකරමි.

දිනය : අයදුම්කරුගේ අත්සන

3.0 දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානිකාගේ නිර්දේශය

.....මහතා / මහත්මිය / මෙහෙවියගේ අයදුම්පත නිර්දේශ කර ඉදිරිපත් කරමි. ඔහු/අය උක්ත තනතුර සඳහා තෝරා ගතහොත් මෙම දෙපාර්තමේන්තුවේ සේවයෙන් නිදහස් කළ හැකි බවද දැන්වමි.

දිනය : දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානිකාගේ අත්සන

නම :
තහනතුර :
ලිපිනය :
(නිල මුදාවෙන් සහාය කරන්න.)

4.0 අමාත්‍යාංශ ලේකම්ගේ නිර්දේශය

.....මහතා / මහත්මිය / මෙහෙවියගේ අයදුම්පත නිර්දේශ කර ඉදිරිපත් කරමි. ඔහු/අය උක්ත තනතුර සඳහා තෝරා ගතහොත් මෙම දෙපාර්තමේන්තුවේ/පළාත් සහාවේ සේවයෙන් නිදහස් කළ හැකි බවද දැන්වමි.

දිනය : අමාත්‍යාංශ ලේකම්ගේ අත්සන

නම :
තහනතුර :
ලිපිනය :
(නිල මුදාවෙන් සහාය කරන්න.)

5.0 ආයුර්වේද කොමිෂන් /පළාත් ප්‍රධාන ලේකම්ගේ නිර්දේශය

.....මහතා/ මහත්මිය/ මෙහෙවියගේ අයදුම්පත නිර්දේශ කර ඉඳුරිපත් කරමි. ඔහු/අය උක්ත තනතුර සඳහා තෝරා ගතහොත් මෙම දැඩාර්තමේන්තුවේ/පළාත් සභාවේ සේවයෙන් නිදහස් කළ හැකි බව දන්වමි.

දිනය : ඇත්සන

නම :
නළතුර :
ලිපිනය :
(හිළ මූලාවන් සභාවී කරන්න.)