

අයදුම්පත්‍රය

මධ්‍යම පළාත් සභාවේ ආයුර්වේද දෙපාර්තමේන්තුවේ
කළමනාකරණ සහකාර තාක්ෂණ ඛණ්ඩ 2 හෙසප්පක තනතුරේ III ශ්‍රේණිය සඳහා
විවෘත පදනම මත තෝරා ගැනීමට අදාළ අයදුම්පත් කැඳවීම.

01. මූලකුරු සමඟ නම -
02. සම්පූර්ණ නම -
03. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය -
04. උපන් දිනය -
05. 2026. . දිනට වයස - අවුරුදු මාස දින.....
06. ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය -
- 07.
- (i) පෞද්ගලික ලිපිනය -
- (ii) දුරකතන අංකය (පෞද්ගලික) -
- 08.
- (I) ස්ථීර පදිංචි දිස්ත්‍රික්කය -
- (II) මධ්‍යම පළාත තුළ අඛණ්ඩ පදිංචිය - වසර මාස.....
09. අධ්‍යාපන සුදුසුකම්. -
- 9.i අධ්‍යයන පොදු සහතික පත්‍ර සාමාන්‍ය පෙල - වර්ෂය, විභාග අංකය

අනු අංකය	විෂය	සාමාර්ථය	අනු අංකය	විෂය	සාමාර්ථය
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		

9.ii අධ්‍යයන පොදු සහතික පත්‍ර උසස් පෙල -වර්ෂය, විභාග අංකය -

අනු අංකය	විෂය	සාමාර්ථය	අනු අංකය	විෂය	සාමාර්ථය
1			3		
2			4		

10. වෘත්තීය සුදුසුකම් -

10.1 ආයුර්වේද වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය -

10.2 වෙනත් සුදුසුකම් -

.....

11. අයදුම්කරුගේ ප්‍රකාශය -

මෙම අයදුම්පතෙහි මා විසින් සපයා ඇති තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව සහතික වෙමි. මෙහි ඇතුළත් තොරතුරු මත හෙසප්පක තනතුරේ පත්වීම් ලැබීමට මා සුදුසුකම් ලැබුවහොත් මා විසින් පත්වීම ලබාගැනීම සඳහා මෙම අයදුම්පත සමග ඉදිරිපත් කරන තොරතුරු අසත්‍ය හෝ වැරදි බව හෙළිවුවහොත් වහාම මාගේ තනතුරේ පත්වීම අවලංගු කිරීමට යටත්වන බවත් දනිමි.

.....

අයදුම්කරුගේ අත්සන

දිනය -

12. අයදුම්කරුගේ අත්සන සහතික කිරීම -

මෙම අයදුම්පත්‍රය ඉදිරිපත් කරනු ලබන යන අය මා පෞද්ගලිකව දන්නා හඳුනා බවද ඔහු / ඇය මා ඉදිරිපිටදී දින අත්සන තැබූ බවද සහතික කරමි.

.....

අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

දිනය -

අත්සන සහතික කිරීම සිදු කළ යුත්තේ, රජයේ පාසලක විදුහල්පතිවරයෙකු, සමාදාන විනිශ්චයකාරවරයෙකු, විද්‍යාලීන උපදේශකවරයෙකු, ප්‍රසිද්ධ නොතාරිස්වරයෙකු, ත්‍රිවිධ හමුදාවේ හෝ පොලිස් සේවයේ කොමිෂන් ලත් නිලධාරියෙකු, හෝ රාජ්‍ය සේවයේ ස්ථිර තනතුරක් දරන මාණ්ඩලික ශ්‍රේණියේ නිලධාරියෙකු විසිනි.

අයදුම්පත්‍රය

මධ්‍යම පළාත් සභාවේ ආයුර්වේද දෙපාර්තමේන්තුවේ
කළමනාකරණ සහකාර තාක්ෂණ ඛණ්ඩ 2 (MT 02 -2016) හෙසප්පක තනතුරේ III ශ්‍රේණිය සඳහා
සීමිත පදනම මත තෝරා ගැනීමට අදාළ අයදුම්පත් කැඳවීම.

A කොටස

- 01.මුලකුරු සමඟ නම -
- 02.සම්පූර්ණ නම -
-
- 03.ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය -
- 04.උපන් දිනය -
- 05.ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය -
- 06.
- (i)පෞද්ගලික ලිපිනය -
-
- (ii)දුරකතන අංකය(පෞද්ගලික)
- 07.ස්ථීර පදිංචි දිස්ත්‍රික්කය -
- 08.
- (I)දැනට සේවයේ නියුතු තනතුර -.....
- (II) එම තනතුරේ සේවා කාලය -.....
09. සේවය කරන ආයතනය -.....
- 10.සේවය ස්ථීර කළ දිනය -
11. සුදුසුකම් -
- අධ්‍යාපන සුදුසුකම්.
- 11.i අධ්‍යයන පොදු සහතික පත්‍ර සාමාන්‍ය පෙල -වර්ෂය විභාග අංකය -

අනු අංකය	විෂය	සාමාර්ථය	අනු අංකය	විෂය	සාමාර්ථය
1			6		
2			7		
3			8		
4			9		
5			10		

11.ii අධ්‍යයන පොදු සහතික පත්‍ර උසස් පෙල -වර්ෂය විභාග අංකය -

අනු අංකය	විෂය	සාමාර්ථය	අනු අංකය	විෂය	සාමාර්ථය
1			3		
2			4		

12. වෘත්තීය සුදුසුකම් -

ආයුර්වේද වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය -

13. සේවා පළපුරුද්ද -

.....

14. අයදුම්කරුගේ ප්‍රකාශය -

මෙම අයදුම්පතෙහි මා විසින් සපයා ඇති තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව සහතික වෙමි. මෙහි ඇතුළත් තොරතුරු මත හෙසප්පක තනතුරේ පත්වීම් ලැබීමට මා සුදුසුකම් ලැබුවහොත් මා විසින් පත්වීම ලබාගැනීම සඳහා මෙම අයදුම්පත සමග ඉදිරිපත් කරන තොරතුරු අසත්‍ය හෝ වැරදි බව හෙලිවුවහොත් වහාම මාගේ පත්වීම අවලංගු කිරීමට යටත්වන බව දනිමි.

.....

අයදුම්කරුගේ අත්සන

දිනය -

15. අයදුම්කරුගේ අත්සන සහතික කිරීම -

මෙම අයදුම්පත්‍රය ඉදිරිපත් කරනු ලබන
යන අය මා පෞද්ගලිකව දන්නා හඳුනන බවද ඇය මා ඉදිරිපිටදී දින ඇයගේ අත්සන තැබූ බවද සහතික කරමි.

.....

අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

දිනය -

(සටහන:-අත්සන සහතික කිරීම සිදු කළ යුත්තේ අයදුම්කරන නිලධාරියාගේ අධීක්ෂණ මාණ්ඩලික නිලධාරියා විසින් වේ.)

B කොටස (නිලධාරියාගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව සම්පූර්ණ කළ යුතුය.)

01.නිලධාරියාගේ සම්පූර්ණ නම -

02.වර්තමාන තනතුර හා එම තනතුරේ ස්ථිර කළ දිනය -.....

03.සේවා කාලය තුළ විනය දඬුවම් ලබා හෝ ඉදිරියට ක්‍රියාත්මක කිරීමට අදහස් කර තිබේද?.....

.....

තිබෙනම් විස්තර සඳහන් කරන්න.

.....

.....

ඉහත 01 සිට 03 දක්වා වූ සියලු තොරතුරු හා නිලධාරියා විසින් ඉදිරිපත් කර ඇති තොරතුරු නිලධාරියාගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව නිවැරදි බව සහතික කරමි.

.....

දිනය
සේවා

ආයතන ප්‍රධානියා/පරිපාලන නිලධාරි/ප්‍රධාන කළමනාකරණ

(නිල මුද්‍රාව)

ලේකම්

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය

මධ්‍යම පළාත

මෙම නිලධාරියා/ නිලධාරිනිය කළමනාකරණ සහකාර තාක්ෂණ බණ්ඩ 2 හෙසප්පක තනතුරේ iii ශ්‍රේණියට තෝරා ගැනීමට අදාල බඳවා ගැනීමේ පරිපාටිය අනුව සියලු සුදුසුකම් සපුරා ඇති බැවින් ඔහු/ඇය විසින් ඉදිරිපත් කර ඇති අයදුම්පත නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.

.....

දිනය

.....

පළාත් ආයුර්වේද කොමසාරිස්ගේ අත්සන

(නිල මුද්‍රාව)

