



සෞඛ්‍ය හා ජනමාධ්‍ය අමාත්‍යාංශය
ඇසිදිසි ජනමාධ්‍ය ශිෂ්‍යත්ව වැඩසටහන -2026
ආදර්ශ අයදුම්පත්‍රය

01. සම්පූර්ණ නම සිංහලෙන් (මයා/මිය/මෙය) :
02. සම්පූර්ණ නම ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන් :
03. මූලකුරු සමඟ නම :
04. පෞද්ගලික ලිපිනය - සිංහලෙන් :
- ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන් :
05. පෞද්ගලික දුරකතන අංකය : ජංගම..... වටිස්ඇප් අංකය
06. උපන් දිනය :
07. අයදුම්පත් භාරගන්නා අවසාන දිනට වයස : අවු මාස දින
08. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :
09. ලබා ඇති ඉහළම අධ්‍යාපන සුදුසුකම :
10. අයදුම් කරන පුහුණු පාඨමාලාවේ විස්තර
 - I. පාඨමාලාවේ නම :
 - II. පුහුණු ආයතනය :
 - III. කාලය :
 - IV. පාඨමාලාවේ ගාස්තු :
11. පාඨමාලාව සඳහා සුදුසුකම් ලබා ඇති බවට අදාළ ආයතනය වෙතින් ඔබ වෙත යොමු කරන ලද ලිපියක් සම්මුඛ පරීක්ෂණ මණ්ඩලය වෙත ඉදිරිපත් කළ හැකිද?
 හැකිය නොහැකිය
12. මීට පෙර මෙම ශිෂ්‍යත්ව වැඩසටහන යටතේ ප්‍රතිලාභ ලබා තිබේද? ඔව් නැත
 ඔව් නම්, පාඨමාලාවේ නම හා වර්ෂය :
 එසේ නම්, එම පාඨමාලාව 2026.07.10 දිනට පෙර සම්පූර්ණ කළ හැකිද?
 හැකිය නොහැකිය
13. සේවා විස්තරය
 - ❖ රැකියා තත්වය ස්ථිර තාවකාලික ප්‍රාදේශීය නිදහස් වෙබ් තාක්ෂණ
 - ❖ තනතුර :
 - ❖ සේවා ආයතනයේ නම (පුවත්පත/ නාලිකාව/ අනෙකුත්) :
 - ❖ කාර්යාලීය ලිපිනය :
 - ❖ කාර්යාලීය දුරකතන අංකය :
 - ❖ විද්‍යුත් තැපැල් ලිපිනය(පෞද්ගලික):.....
 - ❖ රජයේ ප්‍රවෘත්ති දෙපාර්තමේන්තුවෙන් නිකුත් කරන ලද හැඳුනුම්පත් අංකය :.....වර්ෂය.....
 - ❖ රැකියා පළපුරුද්ද (අවුරුදු) :
 - ❖ ආවරණය කරන ලද දිස්ත්‍රික්කය :
 - (ප්‍රාදේශීය මාධ්‍යවේදීන් සඳහා)

මෙහි සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට සහතික කරමි.
 දිනය: අයදුම්කරුගේ අත්සන:

ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය

.....මහතා/ මහත්මිය/මෙනවිය අප ආයතනයේ ස්ථිර/ තාවකාලික/ ප්‍රාදේශීය/නිදහස්/වෙබ්/තාක්ෂණික මාධ්‍යවේදියෙකු ලෙස දින සිටදින දක්වා රාජකාරී කටයුතු සිදු කරන බවත්, උක්ත ශිෂ්‍යත්ව අරමුදල ඉල්ලුම් කිරීමට සුදුසු බවත් නිර්දේශ කරමි. මෙහි ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව සහතික කරමි.

01. නම :
02. තනතුර :
03. ලිපිනය :
04. දුරකතන අංකය :

.....
 දිනය අත්සන හා නිල මුද්‍රාව