

සෞඛ්‍ය, පෝෂණ සහ දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශයේ වාග් චිකිත්සක තනතුරට බඳවා ගැනීම - 2018

(අයදුම්පත සම්පූර්ණ කිරීමට පෙර ගැසට් නිවේදනය හොඳින් කියවා බලන්න)

1. (අ) මූලකුරු සමග අගට යෙදෙන නම :-
 (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්) - උදා. A.B.C. SILVA

(ආ) සම්පූර්ණ නම (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්) :-

(ඇ) සම්පූර්ණ නම (සිංහලෙන්/දෙමළෙන්) :-

2. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය : (පිටපතක් අමුණන්න)

3. කැපැල් ලිපිනය : සිංහලෙන්/දෙමළෙන් ඉංග්‍රීසියෙන්

4. (අ) ස්ථීර ලිපිනය : සිංහලෙන්/දෙමළෙන් ඉංග්‍රීසියෙන්

(ආ) දුරකථන අංක :- ජංගම ස්ථාවර

(ඇ) පදිංචි දිස්ත්‍රික්කය :- සිංහලෙන්/දෙමළෙන් :- ඉංග්‍රීසියෙන් :-

(ඈ) ඔබ මෙම දිස්ත්‍රික්කය තුළ ස්ථීර පදිංචිකරුවෙක්ද? ඔව්/ නැත :-

(ඉ) ඔව් නම් කොපමණ කලක පටන්ද ? :-

5. උපන් දිනය : වර්ෂය :- මාසය :- දිනය :-

2019.01.07 දිනට වයස අවුරුදු :- මාස :- දින :-

6. ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය :- ස්ත්‍රී - ☐ පුරුෂ - ☐ (අදාළ කොටුවේ ✓ ලකුණ යොදන්න)

7. ඔබ ශ්‍රී ලංකාවේ පුරවැසියෙක් ද වන වග :- ඔව් - ☐ නැත - ☐ (අදාළ කොටුවේ ✓ ලකුණ යොදන්න)

8. විවාහක/අවිවාහක බව :- විවාහක - ☐ අවිවාහක - ☐

9. අධ්‍යාපන සුදුසුකම් :-

අනු. අංකය	සමත් වූ උපාධිය / ඩිප්ලෝමාව	සාමාර්ථය	උපාධියේ/ඩිප්ලෝමාවේ ශ්‍රේණියේ සාමාන්‍ය අගය (GPA) හා එය බලපවත්වන දිනය	විශ්වවිද්‍යාලය/ආයතනය	අධ්‍යයන වර්ෂය	ලිඛිත විභාගයට පෙනී සිටින මාධ්‍ය

10. ඔබ කවරදක හෝ කවර හෝ වෝදනාවක් සඳහා උසාවියකින් වරදකරු වී තිබේ ද? ඔව් - ☐ නැත - ☐

(අදාළ කොටුවේ ✓ ලකුණ යොදන්න)

ඔව් නම් විස්තර සපයන්න :-

11. අයදුම්කරුගේ සහතිකය :-

(අ) මා විසින් ගැසට් නිවේදනය හොඳින් කියවා බලා අවබෝධ කරගෙන එහි සඳහන් සියළු කොන්දේසිවලට යටත්ව මෙම අයදුම්පත සම්පූර්ණ කළ බවත්, මෙම අයදුම්පතෙහි මා විසින් සපයා ඇති තොරතුරු මා දන්නා තරමින් සත්‍ය හා නිවැරදි බවත් ගෞරවයෙන් ප්‍රකාශ කර සිටිමි.

(ආ) මා විසින් කරන ලද මෙම ප්‍රකාශය හෝ අයදුම්පතෙහි සඳහන් කර ඇති කුමන හෝ තොරතුරක් අසත්‍ය යැයි ඔප්පු වුවහොත් සේවයෙන් පහ කරනු ලැබීමට මා යටත් බව ද මම දැන සිටිමි.

ලංකා බැංකු තැප්‍රොබේන් ශාඛාවේ, අංක 7041318 දරන සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ ජනරාල්ගේ විභාග ගාස්තු රැස්කිරීම යන ගිණුමට රු. 500 ගෙවා එම ලදුපතෙහි මුල් පිටපත මෙම ස්ථානයේ නොගැලවෙන සේ අලවන්න.

දිනය :-

.....

අයදුම්කරුගේ/ අයදුම්කාරියගේ අත්සන.

12. අයදුම්කරුගේ අත්සන සහතික කිරීම :

මෙම අයදුම්පත ඉදිරිපත් කරනු ලබන

මයා/මිය/මෙනවිය මා පෞද්ගලිකවම දන්නා හඳුනාන බව ද, ඔහු/ඇය දින මා ඉදිරිපිට දී ඔහුගේ/ ඇයගේ අත්සන තැබූ බව ද සහතික කරමි.

දිනය :-

.....

සහතික කරන්නාගේ අත්සන.

* සහතික කරන නිලධාරියාගේ සම්පූර්ණ නම :-

* තනතුර :- - සහතික කරන්නාගේ නිල මුද්‍රාව -

* ලිපිනය :-

13. ඉල්ලුම් කරන අපේක්ෂකයා රාජ්‍ය සේවාවේ/ පළාත් රාජ්‍ය සේවයේ නියුතු අයෙක් නම්, දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ සහතිකය (අදාළ නොවන වචන කපා හරින්න)

i. ඉහත අයදුම්කරු/අයදුම්කාරිය වන මහතා/මහත්මිය/මෙනවිය මෙම දෙපාර්තමේන්තුවේ තනතුර දරන බව මින් සහතික කරමි.

ii. ඉල්ලුම් පත්‍රයේ සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය තොරතුරු බව සහතික කරන අතර, මොහු/මැය තනතුර සඳහා තෝරාගතහොත් ඔහු/ඇය දරන තනතුරට නිදහස් කළ හැකි/නොහැකි බව දන්වමි.

දිනය :-

.....

දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ අත්සන.

* දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ නම :-

* තනතුර :- - දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ නිල මුද්‍රාව -

* ලිපිනය :-