

..... වාර්ෂික ස්ථාන මාරු
අභියාචනා අයදුම් පත්‍රය

01. මූලකරු සමඟ නම :
02. උපන් දිනය :
03. (අ). තනතුර :
- (ආ). ඊට පත් වූ දින :
04. (අ). වර්තමාන සේවා ස්ථානය :
- (ආ). වර්තමාන සේවා ස්ථානයට පැමිණි දිනය :
05. ස්ථාන මාරු නියෝගය අනුව ලබාදුන් සේවා ස්ථානය :
06. අභියාචනයක් ඉදිරිපත් කිරීමට හේතු :
- (ලබා දී ඇති ඉඩකඩ ප්‍රමාණවත් නොවේ නම් :
- ඇමුණුමකින් අදාළ විස්තර ඉදිරිපත් කළ හැක.) :
07. අභියාචනය අනුව ස්ථාන මාරු අපේක්ෂා 1.
- කරන සේවා ස්ථාන 2.
- (මනාපය පරිදි සේවා ස්ථාන 03ක් 3.
- අනුපිළිවෙලින් සඳහන් කරන්න.)

ඉහත අංක 01 සිට 07 දක්වා සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය බවත්, නිවැරදි බවත් මෙයින් සහතික කරමි.

.....
දිනය

.....
අයදුම්කරුගේ අත්සන

සටහන: වෛද්‍ය හේතු ඉදිරිපත් කරන්නේ නම්, ඒ බව සනාථ කිරීමට වෛද්‍ය සහතික ඉදිරිපත් කළ යුතු වේ. අවශ්‍ය අවස්ථාවලදී ඒවා වෛද්‍ය මණ්ඩලයට භාජනය විය හැක.

ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය

ඉල්ලුම් පත්‍රයේ සඳහන් කරුණු නිවැරදි බව නිර්දේශ කරමි./නොකරමි. අනුප්‍රාප්තිකයෙකු නොමැතිව ස්ථාන මාරු කිරීම නිර්දේශ කරමි./නොකරමි.

.....
දිනය

.....
ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන සහ නිල මුද්‍රාව

ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ නිර්දේශය

ස්ථාන මාරුවීම නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.

.....

දිනය

.....

ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ අත්සන සහ නිල මුද්‍රාව

පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ අනුමැතිය

ස්ථාන මාරුවීම අනුමත කරමි/නොකරමි.

.....

දිනය

.....

පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ අත්සන සහ නිල මුද්‍රාව

ස්ථාන මාරු අභියාචනා මණ්ඩල නිර්දේශය

.....

දිනය

.....

සභාපති

.....

දිනය

.....

සාමාජික

.....

දිනය

.....

සාමාජික

-

.....

දිනය

.....

සාමාජික