

අභියාචනා අයදුම් පත්‍රය

- 01. මූලකරු සමඟ නම : .....
- 02. උපන් දිනය : .....
- 03. (අ). තනතුර : .....
- (ආ). ඊට පත් වූ දිනය : .....
- 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

