උපලේඛන අංක 06

.....වාර්ෂික ස්ථාන මාරු

අභියාචනා අයදුම් පත්‍රය

01. මූලකුරු සමඟ නම : .....

02. උපන් දිනය : .....

03. (අ). තනතුර : .....

(ආ). තනතුරට 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 .....

ඇමුණුම්කින් අදාල විස්තර ඉදිරිපත් කළ හැක.) ....

07. අභියාචනය අනුව ස්ථාන මාරු අපේක්ෂා කරන සේවා ස්ථාන 1. .....

2.....

(මනාපය පරිදි සේවා ස්ථාන 03ක් අනුපිළිවෙලින් සඳහන් කරන්න.) 3.....

08.දුරකතන අංකය .....

09. ලිපිනය .....

ඉහත අංක 01 සිට 09 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