

අධ්‍යක්ෂ }
 பணிப்பாளர் } 081 – 2224336
 Director }
 කාර්යාලය }
 அலுவலகம் } 081 – 2222341/ 081-2220206-8
 Office }
 ෆැක්ස් }
 பகல் } 081 – 2204755
 Fax }



මගේ අංකය } CPC/PDHS/A9/8/2/2019
 .எமது இல }
 My NO. }
 ඔබේ අංකය }
 உமது இல }
 Your No. }
 දිනය } 2021.11. 16
 திகதி }
 Date }

සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුව - මධ්‍යම පළාත.

சுகாதார திணைக்களம் - மத்திய மாகாணம்

Department of Health Services – Central Province.

163, සංඝරාජ මාවත, මහනුවර.

163, சங்கராஜ மாவத்தை, கண்டி.

163, Sangaraja Mawatha, Kandy.

Web: www.healthcpc.org

ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ,
 ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ කාර්යාලය,
 මහනුවර/මාතලේ/නුවරඑළිය

නව පත්වීම්වලට සමගාමීව ස්ථාන මාරු-මහජන සෞඛ්‍ය හෙද සොයුරිය

මධ්‍යම පළාතට අනුයුක්ත කිරීමට නියමිත මහජන සෞඛ්‍ය හෙද සොයුරියන් ස්ථානගත කිරීමට ප්‍රථම පළාත තුළ මේ වන විට සේවයේ යෙදී සිටින මහජන සෞඛ්‍ය හෙද සොයුරියන් හට ප්‍රියමනාප සේවා ස්ථාන වලට ස්ථාන මාරුවීම් ලබාදීමට අපේක්ෂා කරමි.

02. අදාල පුරප්පාඩු ලැයිස්තුව මේ සමග අමුණා ඇති අතරම මෙය www.healthdept.cp.gov.lk දරණ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ කාර්යාලයේ වෙබ් අඩවියෙන්ද බාගත කරගත හැක.

03. එසේම මේ සමග අමුණා ඇති ඉල්ලුම් පත්‍රය නිසියාකාරව සම්පූර්ණ කර ආයතන ප්‍රධානියා මගින් ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ මගින් 2021.11.26 දිනට පෙර මා වෙත ලැබීමට සලස්වන ලෙස දැනුම් දෙමි. මෙම දිනට පසුව ලැබෙන අයදුම්පත් ප්‍රතික්ෂේප කරන අතර පහත කොන්දේසි වලට යටත්ව ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් යොමු කළ යුතු වේ.

ඉ

- මෙම පුරප්පාඩු පිරවීම සිදුවන්නේ ජ්‍යෙෂ්ඨතාවය මත හෝ කුසලතා (merit list) අනුක්‍රමික අංකය මතයි.(කුසලතා අංකය ලෙස සලකනු ලබන්නේ වර්ෂයට අදාලව අවසාන පරීක්ෂණයේදී ලබා ගත් කුසලතා අංකයයි)
- 2021 වර්ෂයේ ස්ථාන මාරු නියෝග ලැබී, එම ස්ථාන මාරුව ක්‍රියාත්මක නොවූ නිලධාරීන්ටද ඉල්ලුම් කල හැකි අතර අදාල තීරයේ ස්ථාන මාරු ලැබුනේ කුමන සේවා ස්ථානයක් වෙතද යන්න සඳහන් කළ යුතුය.

වෛද්‍ය එම්.එන්.වීරසූරිය

(Handwritten Signature)
 වෛද්‍ය එම්. එන්. වීරසූරිය
 පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ
 මධ්‍යම පළාත

මධ්‍යම පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ

01. සෞඛ්‍ය වෛද්‍ය නිලදාරී, සෞ.වෛ.නි.කාර්යාලය, යටිනුවර - අදාල තොරතුරු ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ මගින් මා වෙත යොමු කිරීමට

නව පත්වීම් වලට සමගාමීව ස්ථානමාරු

මහජන සෞඛ්‍ය හෙද සෞඥරිය

- 01.නම-.....
- 02.දැනට සේවයේ නිරත සෞ.වෛ.නි.කා හා ක්ෂේත්‍රය/රෝහල-.....
- 03.මුල් පත්වීම් දිනය-.....
- 04.වර්තමාන සේවා ස්ථානයට පත් වූ දිනය-.....
- 05.දුරකථන අංකය.....
- 06.ඉල්ලුම් කරන සේවා ස්ථාන(උපරිම ස්ථාන 05 ක් ලබා දී ඇති පුරප්පාඩු ලේඛනය අනුව)

- 01.....
- 02.....
- 03.....
- 04.....
- 05.....

07.අවසාන පරීක්ෂණයේදී ලබා ගත් කුසලතා අනුක්‍රමික අංකය-(Merit list).....

08.ස්ථාන මාරු නියෝගය අනුව ලබා දී ඇති සේවා ස්ථානය.....

(2021 වාර්ෂික ස්ථානමාරු නියෝග ලද නිලධාරීන්ගේ සඳහා පමණි)

ඉහත අංක 01 සිට 08 දක්වා සඳහන් සියළු තොරතුරු සත්‍ය බව ප්‍රකාශ කරමි.

.....

.....

දිනය

නිලධාරීන්ගේ අත්සන.

ආයතන ප්‍රධානියා විසින් පිරවීම සඳහා

ඉල්ලුම් පත්‍රයේ සඳහන් කරුණු නිවැරදිය. නිර්දේශ කරමි/නොකරමි. අනුප්‍රාප්තිකයකු නොමැතිව ඉල්ලුම්කාරිය මුදාලිය හැක/නොහැක.

.....

.....

දිනය

ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

ඉල්ලුම් පත්‍රය පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව පරීක්ෂා කළා.සඳහන් කර ඇති කරුණු නිවැරදි බවට සහතික කරමි.ස්ථානමාරුවීම නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.

අනුප්‍රාප්තිකයකු නොමැතිව ඉල්ලුම්කාරිය මුදාලිය හැක/නොහැක.

.....

.....

දිනය

ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂකගේ

අත්සන හා නිල මුද්‍රාව

