

බස්නාහිර පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුවේ 2020 වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ඉල්ලීම් උපලේඛණය

2019.12.31 දිනට වත්මන් සේවා ස්ථානයේ වසර 5 කට වැඩි සේවා කාලයක් ඇති බස්නාහිර පළාත තුළ වෙනත් සෞඛ්‍ය

ආයතනයකට ස්ථාන මාරු ඉල්ලා ඇති නිලධාරීන්ගේ නාම ලේඛණය

(පේස්පෝටය මත නම් ඇතුළත් විය යුතු බව සලකන්න.)

අනු අංකය	නම (මයා/මිය/ යන්න සඳහන් කරන්න.)	පදිංචි ලිපිනය	උපන්දිනය හා 2019.12.31 දිනට වයස	පෙර සේවය කර ඇති ස්ථාන හා කාලය	වත්මන් සේවා ස්ථානය හා කාලය	ස්ථාන මාරුවක් බලාපොරොත්තු වන සේවා ස්ථාන (ප්‍රමුඛතාවය අනුව)	ස්ථාන මාරුව ඉල්ලීමට හේතුව	ප්‍රා.සෞ.සේ. අධ්‍යක්ෂගේ නිර්දේශය	වෙනත්

සියළුම නිලධාරීන්ගේ තොරතුරු මෙම ලේඛනයට නිවැරදිව ඇතුළත් කර ඇති බව සහතික කරමි.

සකස් කළේ: අත්සන:

පරීක්ෂා කළේ: අත්සන:

ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ අත්සන:

දිනය:

නිලලිපුව:

බස්නාහිර පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුවේ 2020 වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ඉල්ලීම් උපලේඛනය

2019.12.31 දිනට වත්මන් සේවා ස්ථානයේ වසර 5 කට වැඩි සේවා කාලයක් ඇති, ස්ථාන මාරු ඉල්ලා නොමැති

නිලධාරීන්ගේ නාම ලේඛනය

(පේෂයන්වය මත නම ඇතුළත් විය යුතු බව සලකන්න.)

අනු අංකය	නම (මයා/මිය/ යන්න සඳහන් කරන්න.)	පදිංචි ලිපිනය	උපන්දිනය හා 2019.12.31 දිනට වයස	පෙර සේවය කර ඇති ස්ථාන හා සේවා කාලය	වත්මන් සේවා ස්ථානය හා සේවා කාලය	ප්‍රා.සෞ.සේ. අධ්‍යක්ෂගේ නිර්දේශය	වෙනත්

සියළුම නිලධාරීන්ගේ තොරතුරු මෙම ලේඛනයට නිවැරදිව ඇතුළත් කර ඇති බව සහතික කරමි.

සකස් කළේ: අත්සන:

පරීක්ෂා කළේ: අත්සන:

ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ අත්සන:

දිනය:

නිල මුද්‍රාව:

වාර්ෂික ස්ථාන මාරු
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 :
- ලබා දුන් සේවා ස්ථානය
- 06. අභියාචනයක් ඉදිරිපත් කිරීමට හේතු :
- (ලබා දී ඇති ඉඩ කඩ ප්‍රමාණවත් :
- නොවේ නම් ඇමුණුමකින් අදාල විස්තර :
- ඉදිරිපත් කල හැක.) :
- 07. අභියාචනය අනුව ස්ථාන මාරු :
- අපේක්ෂා කරන සේවා ස්ථාන 1.....
- (මනාපය පරිදි සේවා ස්ථාන 03 ක් 2.....
- අනුපිලිවෙලින් සඳහන් කරන්න) 3.....

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

.....

.....

දිනය

අයදුම්කරුගේ අත්සන

සටහන : වෛද්‍ය හේතු ඉදිරිපත් කරන්නේනම් , ඒ බව සනාථ කිරීමට වෛද්‍ය සහතික ඉදිරිපත් කල යුතුවේ. අවශ්‍ය අවස්ථාවලදී ඒවා වෛද්‍ය මණ්ඩලයේ විමර්ශනයට භාජනය විය හැක.