පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ කාර්යාලය
බස්නාහිර පළාත
மாகாணசுகாதாரசேவைகள்பணிப்பாளர் அலுவலகம்
மேல் மாகாணம்
OFFICE OF THE PROVINCIAL DIRECTOR OF HEALTH SERVICES
WESTERN PROVINCE

මගේ අංකය எனது இல My No.	WP/PD/ES/7/වාර්ෂික ස්ථාන මාරු	ඔබේ අංකය உமது இல Your No.		දිනය திகதி Date	2025.11. 07

ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ,
කොළඹ/ ගම්පහ/ කළුතර

<u>**වාර්ෂික ස්ථාන මාරු - 2026 අයදුම්පත් කැඳවීම**</u>
<u>**පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණී**</u>

2026 වර්ෂයේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු නිවේදනය මෙයට යා කර ඔබ වෙත යොමු කරන අතර සියළුම නිලධාරීන් මේ පිළිබඳව දැනුවත් කිරීමට කටයුතු කරන ලෙසත් එම නිවේදනය ප්‍රකාරව ඉදිරි කටයුතු සිදු කරන ලෙසත් කාරුණිකව දන්වා සිටිමි.

02. එසේම අදාල උපලේඛන පහත පරිදි ඔබ වෙත යොමු කරන අතර WP/PD/PHM/AT/02 හා WP/PD/PHM/AT/04 ආකෘති පත්‍ර නිවැරදිව සම්පූර්ණ කර මා වෙත යොමු කල යුතු බවත් අදාල තොරතුරු නිවැරදිව සම්පූර්ණ කිරීම සම්බන්ධයෙන් පෞද්ගලික ලිපි ගොනු භාර නිලධාරීන්, අධීක්ෂණ, මාණ්ඩලික නිලධාරීන් ද ඇතුළුව සියළුම ආයතන ප්‍රධානීන් පෞද්ගලිකව වගකිව යුතු බව ද වැඩි දුරටත් දන්වා සිටිමි.(මෙම කැඳවීම් නිවේදනය හා ආකෘති පත්‍ර healthdept.wp.gov.lk දරණ වෙබ් අඩවියේ පළ කර ඇත.)

1) WP/PD/PHM/AT/01
2) WP/PD/PHM/AT/02
3) WP/PD/PHM/AT/04
4) WP/PD/PHM/AT/05
5) උප ලේඛන 01
6) උප ලේඛන 02

වෛද්‍ය ධම්මිකා ජයලත්
පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ
බස්නාහිර පළාත

පිටපත්:-

1) ආණ්ඩුකාර ලේකම් (බ.ප) - කා.දැ.ගැ.ස.
2) ලේකම්,සෞඛ්‍ය හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය - කා.දැ.ගැ.ස.
3) අංශ ප්‍රධානී,තොරතුරු තාක්ෂණ අංශය - කා.දැ.ගැ.ස. සහ Web අඩවියෙ පළ කිරීම සඳහා
4) පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන්ගේ වෘත්තීය සංගමය - කා.දැ.ගැ.ස.

	කාර්යාලය அலுவலகம் Office	පළාත් අධ්‍යක්ෂ மாகாணபணிப்பாளர்Provincial Director	සැලසුම් අංශය திட்டக்கூறு Planning Unit	නි.අධ්‍යක්ෂ(පාලන) பிரதிபணிப்பாளர் (நிர்வாகம்) Deputy Director(Admin)	ප්‍රධාන ගණකාධිකාරී கணக்காளர் Chief Accountant	පරිපාලන නිලධාරී நிர்வாக அதிகாரி Adm. Officer
T.P	0112434660	0112437154	0112478677	0112434852	0112437155	0112478868
Fax	0112478872	0112478872	0112478872	0112478872	0112478872	0112478872
e-mail	info@healthdept.wp.gov.lk	pd@healthdept.wp.gov.lk	info@healthdept.wp.gov.lk			

මාලිගාවත්ත මහ ලේකම් කාර්යාලය,තැ.පෙ.876,කොළඹ10.மாளிகாவத்தை செயலகம்,த.பெ.இல.876,கொழும்பு 10.Maligawatta Secretariat Building, P.O. Box 876, Colombo 10.
www.healthdept.wp.gov.lk

CamScanner

බස්නාහිර පළාත් රාජ්‍ය සේවයේ පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන් සඳහා වන වාර්ෂික ස්ථාන මාරු කැඳවීමේ නිවේදනය - 2026

බස්නාහිර පළාත් රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා ලේකම්ගේ අංක WPC/PSC/TRFO/06/20MNP/01/04 දරණ 2025.09.25 දිනැති ලිපියෙන් ලද අනුමැතිය ප්‍රකාරව සහ බස්නාහිර පළාත් ගරු ආණ්ඩුකාරතුමාගේ අනුමැතිය දන්වන ලද බස්නාහිර පළාත් ආණ්ඩුකාර ලේකම්ගේ අංක GOS/ADM/12/08/53-I දරණ 2025.10.31 දිනැති ලිපියෙන් ලද අනුමැතිය ප්‍රකාරව බස්නාහිර පළාත් සෞඛ්‍ය හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශ ලේකම්ගේ අංක WPH/ADM/17/01/08 දරණ 2023.09.25 දිනැති ලිපියෙන් අනුමත කරන ලද පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරි තනතුරේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු පටිපාටිය අනුව 2026 වර්ෂය සඳහා වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් කැඳවනු ලබන බව මෙයින් නිවේදනය කෙරේ.

02. වාර්ෂික ස්ථාන මාරු සඳහා පොදු ප්‍රතිපත්ති

2.1 (අ) බස්නාහිර පළාත් සභාවේ එක් සෞඛ්‍ය ආයතනයක වසර 10 ක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කළ සියළුම පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන් ස්ථාන මාරු වීම් වලට යටත්වේ.ඒ අනුව අවුරුදු 10ට වැඩි සේවා කාලයක් සහිත සියළුම පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන් ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කල යුතු වන අතර ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් ඉදිරිපත් නොකල ද එම පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන් සඳහා ස්ථාන මාරු මණ්ඩලය විසින් ස්ථාන මාරු ලබා දෙනු ලැබේ.එම අයට සිදුවන අපහසුතාවයට ස්ථාන මාරු මණ්ඩලය වගකියනු නොලැබේ.

(ආ) දැඩි පෞද්ගලික අවශ්‍යතා ඇති බවට සාක්ෂි ඉදිරිපත් කරන වසර 03 ක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කරනු ලැබූ හා කිසියම් සේවා ස්ථානයක වසර 02 ක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කර ඇති පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන් ස්ථාන මාරු වීම් ඉල්ලා සිටීම සඳහා සුදුසුකම් ලබති.

(ඇ) එසේ වුවද 2024 වාර්ෂික ස්ථාන මාරු නියෝග ලබා එම නියෝග ක්‍රියාත්මක කර නව සේවා ස්ථානවලට වාර්තා කල නිලධාරින් හට පෙර සේවා ස්ථානයට හැර වෙනත් සේවා ස්ථානයකට ස්ථාන මාරු අයදුම් කිරීමට අවස්ථාව ලැබෙන අතර, 2024 වාර්ෂික ස්ථාන මාරු නියෝග ලබා නව සේවා ස්ථානවලට වාර්තා නොකළ නිලධාරින් හට ස්ථාන මාරු ඉල්ලුම් කිරීමට මෙම අවස්ථාවේ දී හැකියාව නොමැත.

2.2 2.1 (ආ) ඡේදයේ යටතට ගැනෙන පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණියෙකු වෙනත් ස්ථානයකට මාරුවීමට ඉල්ලා ඇති විට එම ඉල්ලීම ඉටු කිරීම සඳහා 2.1 (අ) ඡේදයේ අවශ්‍යතා සපුරා ඇති එම සේවා ස්ථානයේ වැඩිම සේවා කාලයක් සහිත පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණියෙකු ඉන් පිටතට ස්ථාන මාරු කළ හැකිය.

2.3 සේවා කාලය ගණනය කිරීමේදී ආයතනයක්/දෙපාර්තමේන්තුවක් තුල අඛණ්ඩව හෝ ඛණ්ඩව (වැටුප් රහිත නිවාඩු/ විදේශගත වීම වැනි හේතු මත)ගත කළ සේවා කාල වල එකතුව මුළු සේවා කාලයක් ලෙස ගණන් ගනු ලැබේ.

2.3.1 යම් කිසි පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණියෙකු එක් සේවා ස්ථානයකින් වෙනත් සේවා ස්ථානයකට ස්ථාන මාරු කරන විට එම පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණිය කලින් සේවය කළ ස්ථානයන්හි විවිධ ගණ වලට අයත් ආයතනයන්හි සේවය කර ඇති කාල පරිච්ඡේද සැලකිල්ලට ගත යුතුය.මෙසේ කිරීම අවශ්‍ය වන්නේ යම් කිසි කාර්යාලයක සේවය කළ යුතු කාල පරිච්ඡේදය අවසන් වන විට වෙනත් දෙපාර්තමේන්තුවක එම කාර්ය ස්ථානයෙහිම පිහිටි උප කාර්යාලයකට මාරුවීමක් ලබා ගැනීමෙන් එකම කාර්ය ස්ථානයෙහි දීර්ඝ කාලයක් නොකඩවා සේවය කිරීම සඳහා යොදා ගත හැකි උපක්‍රම වළක්වනු පිණිසය.

2.3.2 ආයතනයක වසර 10 කට වඩා වැඩි සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කර ඇති පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන් වෙනත් ආයතනයකට ස්ථාන මාරු කිරීමට හැකි සෑම අවස්ථාවකම උත්සාහ කළ යුතුය.ඒ එකම සේවා ස්ථානයක දීර්ඝ කාලයක් සේවයේ නිරත වීම වළක්වනු පිණිසය.

2.4 වසර 10ක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කල සියළුම පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන් ස්ථාන මාරුවීම්වලට යටත් වන අතර අවුරුදු 55 ඉක්මවූ පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන් වුවද පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණියගේ ඉල්ලීමක් හෝ වෙනත් විශේෂ කරුණු මත මිස දිස්ත්‍රික්කයෙන් පිටතට ස්ථාන මාරු නොකල යුතුය.තවද වයස අවුරුදු 58 ඉක්මවූ පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන්ට ඔවුන්ගේ ඉල්ලීමක් නොමැතිව දිස්ත්‍රික්කය තුල ද ස්ථාන මාරු නොකල යුතුය.ස්ථාන මාරු ක්‍රියාත්මක වන වර්ෂයේ දෙසැම්බර් 31 වැනිදා වන විට වයස අවුරුදු 57 ක් නොඉක්මවන සෑම පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණියෙකුම වාර්ෂික ස්ථාන මාරු කිරීමකට යටත් වන්නේය.

2.5 ආබාධිත දරුවන්, දීර්ඝ කාලීනව අසනීප මත එක් තැන්ව සිටින කලත්‍රයන් වැනි පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණියට මුහුණ දීමට සිදුවන, විසඳාගත නොහැකි ගැටළු වලදී පිළිගත හැකි කරුණු සහිතව තම ආයතන ප්‍රධානීගේ නිර්දේශයන්ද සමග ඉදිරිපත් කරන ඉල්ලීම් පිළිබඳව සැලකිල්ලට ගෙන කටයුතු කරනු ලැබේ.

2.6 (අ) බස්නාහිර පළාත් සභාවේ එක් සෞඛ්‍ය ආයතනයක් තුල අදාල වර්ෂයේ දෙසැම්බර් 31 දිනට වසර 10ක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කල සියළු පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීනගේ නාම ලේඛනය ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය සහිතව WP/PD/PHM/AT/02 ආකෘති පත්‍රය අනුව සහ එක් ආයතනයක් තුල අදාල වර්ෂයේ දෙසැම්බර් 31 දිනට වසර 10ක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කලද අයදුම්පත් ඉදිරිපත් නොකරන සියළු පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන්ගේ නාම ලේඛනය ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය සහිතව WP/PD/PHM/AT/04 ආකෘති පත්‍රය අනුව ලබා දීම සෑම ආයතන ප්‍රධානියෙකුගේම වගකීම වන්නේය.

(ආ) වාර්ෂික ස්ථාන මාරු නියෝගයක් ලබා සිටින පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණියෙකුට නියමිත දින නව සේවා ස්ථානයේ රාජකාරි භාර ගැනීමට හැකි වන පරිදි වත්මන් සේවා ස්ථානයෙන් කල් වේලා ඇතිව නිදහස් කිරීම ආයතන ප්‍රධානියාගේ වගකීම වන බැවින් එසේ කටයුතු කළ යුතු වන්නේය. එසේම නියමිත පරිදි නියමිත දිනට නව සේවා ස්ථානයේ රාජකාරී සඳහා වාර්තා කිරීම ස්ථාන මාරු නියෝග ලද පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන්ගේ වගකීම වන්නේය

(ඇ) මෙම විධිවිධාන වලට පටහැනිව කටයුතු කරන ආයතන ප්‍රධානීන් සම්බන්ධයෙන් විනයානුකූලව කටයුතු කිරීම පිණිස අදාළ බලධාරියා වෙත වාර්තා කරනු ලැබේ.

2.7 පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණී සේවයේ පිළිගත් වෘත්තීය සමිතියක මව් සංගමයේ සභාපති/ලේකම්/භාණ්ඩාගාරික හා මධ්‍ය විධායක මණ්ඩලයේ සභිකයන් මාරු කරන්නේ නම් එම වෘත්තීය සමිතියේ ලේකම්ගේ නිර්දේශය සැලකිල්ලට ගත යුතු වේ.මෙම ස්ථාන මාරු කිරීමේ කාර්යය පරිපාටියේදී වෘත්තීය සංගමය යනුවෙන් හැඳින්වෙන්නේ දෙපාර්තමේන්තුවේ හෝ ප්‍රස්තුත සේවයේ හෝ නියුතු සාමාජිකයන් ගෙන් අවම වශයෙන් 15% ක නියෝජනයක් සහිත සාමාජික පිරිසක් සිටින සේවාවට අදාල එක් එක් වෘත්තීය සංගමයක් හෝ පූර්ණ කාලීනව වෘත්තීය සමිති කටයුතු සඳහා නිලධරයෙකු මුදා හැර ඇති එක් වෘත්තීය සංගමයක් වේ. මෙම වෘත්තීය සමිති නිලධාරීන් පිළිබඳ විස්තර බස්නාහිර පළාත් සභා රාජ්‍ය සේවා කාර්ය පරිපාටික රීති ප්‍රකාරව අදාළ මාරුවීම් බලධරයා වෙත මාරු කමිටු ක්‍රියාත්මක වීමට පෙර ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

2.8 යම් පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණියකගේ කලත්‍රයා පොලිසියේ/ත්‍රිවිධ හමුදාවේ සේවය කරන බවට හෝ උතුරු නැගෙනහිර ක්‍රියාන්විත රාජකාරියේදී ආබාධිත තත්ත්වයට පත්ව ඇති බවට හෝ ලිඛිත සාක්ෂි ඉදිරිපත් කරන විට, එම නිලධාරිණියගේ ස්ථාන මාරු වීම කළයුතු වන්නේ ඇයගේ ඉල්ලීම මත පමණි. එසේම එවැනි පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණියෙකුගේ ස්ථාන මාරු ඉල්ලීම පිළිබඳව ප්‍රමුඛත්වය දැක්විය යුතුය.මෙවැනි පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණියෙකු පිටතට මාරු කිරීමට සිදුවන්නේ නම් ඊට ආසන්නතම කාර්යාලයකට හෝ පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණිය ඉල්ලීම් කල කාර්යාලය විය යුතුය.

2.9 භාර්යාව හා ස්වාමිපුරුෂයා යන දෙදෙනාම රාජ්‍ය සේවයේ නියුක්ත අය නම් ඔවුන් දෙදෙනා ඔවුන්ගේ ඉල්ලීම අනුව එකම ප්‍රදේශයක සේවය කිරීමට ඉඩ ලබා දීමට ස්ථාන මාරු මණ්ඩලය උත්සාහ කළ යුතුය.

CamScanner

2.10 (අ) ස්ථාන මාරු අයදුම් කිරීමේ දී WP/PD/PHM/AT/01 ආකෘති පත්‍රයට අනුව පමණක් අයදුම් කල යුතු අතර වාර්ෂික ස්ථාන මාරුවීම් සඳහා සුදුසුකම් ලබන පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන් ඉහත WP/PD/PHM/AT/01 ආකෘතිය අනුව අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කර නොතිබීම එම නිලධාරී වාර්ෂික ස්ථාන මාරු කිරීමට බාධාවක් ලෙස නොසැලකිය යුතුය.

(ආ) වාර්ෂික ස්ථාන මාරු මණ්ඩලය මගින් ලබා දුන් තීරණයකින් අතෘප්තියට පත් වූ යම් පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණියක් සිටිනම් ඇයට වාර්ෂික ස්ථාන මාරු තීරණ ප්‍රසිද්ධ කල දිනයේ සිට රජයේ වැඩ කරන දින 14ක් ඇතුලත, රාජ්‍ය සේවා කාර්ය පරිපාටික (සංශෝධිත) රීති යටතේ සඳහන් උපලේඛනය 01ට අනුව පමණක් සියළු තහවුරු කිරීමේ ලියවිලිවල සහතික කරන ලද පිටපත් ද සමග බස්නාහිර පළාත් සෞඛ්‍ය දෙපාර්තමේන්තුවේ සමාලෝචන කමිටුව වෙත අභියාවනය ඉදිරිපත් කල හැකිය.

(ඇ) බස්නාහිර පළාත් සභා රාජ්‍ය සේවා කාර්ය පරිපාටික රීති අංක 239 (1) ප්‍රකාරව ලබා දී ඇති අභියාවනා කාල සීමාව තුල ඉදිරිපත් නොවන සෑම අභියාවනයක්ම අභියාවනා බලධාරියා විසින් ප්‍රතික්ෂේප කරනු ඇත.

2.11 මෙහිදී එක් සේවා ස්ථානයක වසර 10ක් සම්පූර්ණ කර ඇති පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන්ට තමන් කැමති සේවා ස්ථාන 05ක් මනාපය අනුපිලිවෙලින් නම් කිරීමට අවස්ථාව ලබා දෙන අතර ඉන් එක් ස්ථානයකට ස්ථාන මාරුව ලබා දීමට උත්සාහ දරනු ලැබේ.

2.12 ආයතන ප්‍රධානීන් විසින් තම ආයතන වල සේවයේ නියුතු පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන් සම්බන්ධයෙන් කිසියම් සුවිශේෂ තත්ත්වක් මත විශේෂ නිර්දේශ ඉදිරිපත් කරන්නේ නම් පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන් අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කරන අවස්ථාවේදීම හෝ වසර 10කට වැඩි සේවා කාලය සපුරා ඇති නිලධාරින්ගේ නාම ලේඛනය WP/PD/PHM/AT/02 ආකෘතිය අනුව යොමු කරන අවස්ථාවේදීම හෝ වසර 10කට වැඩි සේවා කාලය සපුරා ඇතත් අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කර නොමැති නිලධාරින්ගේ නාම ලේඛනය WP/PD/PHM/AT/04 ආකෘතිය අනුව යොමු කරන අවස්ථාවේදීම අදාළ නිර්දේශ යොමු කිරීමට සැලකිලිමත් විය යුතු අතර මාරු මණ්ඩල තීරණ දැනුම් දීමෙන් අනතුරුව ඉදිරිපත් කරනු ලබන නිර්දේශ සලකා බලනු නොලැබේ

2.13 තම ආයතනයේ සේවය කරන පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණියකට වාර්ෂික ස්ථාන මාරු නියෝගයක් ලද වහාම ඔවුන් භාරයේ ඇති රාජකාරි ලිපි ලේඛන රජය සතු අනෙකුත් දේපල,යතුරු, පරිගණක මුර පද, රාජකාරි නිල හැඳුනුම්පත භාර ගැනීමට අවශ්‍ය විධිවිධාන යෙදීමට ආයතන ප්‍රධානියා විසින් කල යුතු වන්නේය.එමෙන්ම තමන් භාරයේ ඇති ඉහත සියළුම දේ යථා පරිදි භාර දීම සඳහා අවශ්‍ය විධිවිධාන තම ප්‍රධානීන් සමග සාකච්ඡා කර කටයුතු සලසා ගැනීම ස්ථාන මාරු නියෝග ලද පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන්ගේ ද වගකීම වන්නේය.

2.14 සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුවට අයත් ආයතන බැවින් සේවා ස්ථාන ප්‍රියමනාප නොවන/ප්‍රිය මනාප/ඉතා ප්‍රිය මනාප වශයෙන් වර්ගීකරණය කල නොහැකි අතර බස්නාහිර පළාත් සෞඛ්‍ය දෙපාර්තමේන්තුවට අයත් පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරි තනතුර අනුමත ඕනෑම සේවා ස්ථානයකට ස්ථාන මාරු අයදුම් කිරීමට පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන්ට අවස්ථාව ලැබේ.

2.15 2024 වාර්ෂික ස්ථාන මාරු නියෝග යටතේ අනුප්‍රාප්තිකයෙකු ලද පසු ස්ථාන මාරු නියෝග ලබා ඇතත් මෙතෙක් අනුප්‍රාප්තිකයෙකු නොමැති බැවින් ස්ථාන මාරු ක්‍රියාත්මක නොවූ නිලධාරීන් 2026 වාර්ෂික ස්ථාන මාරුවලට යටත් වේ.

03 . ස්ථාන මාරු ක්‍රියාත්මක කිරීමේදී කාල සටහන

නොවැම්බර් මස 01ට පෙර	ස්ථාන මාරු කමිටුව පිහිටුවීම
නොවැම්බර් මස 25	ස්ථාන මාරු භාර ගැනීමේ අවසන් දිනය
දෙසැම්බර් 01 ට පෙර	ස්ථාන මාරු නියමිත ලැයිස්තුව හා අයදුම්පත් දෙපර්තමේන්තුව වෙත ගෙන්වා ගැනීම

දෙසැම්බර් 20 ට පෙර	දෙපාර්තමේන්තු තීරණ ගෙන අවසන් කිරීම
දෙසැම්බර් 25ට පෙර	ස්ථාන මාරු නියෝග ආයතනවලට දැනුම් දීම
ජනවාරි 08 ට පෙර	අභියාචනා භාර ගැනීම
ජනවාරි 20ට පෙර	අභියාචනා පිළිබඳව සමාලෝචන කමිටුව පිහිටුවීම හා තීරණ ගැනීම
ජනවාරි 25ට පෙර	සමාලෝචන කමිටු තීරණ දැනුම් දී අවසන් කිරීම
අප්‍රේල් 01	නියෝග ක්‍රියාත්මක කිරීම

04. වාර්ෂික ස්ථාන මාරු පසු විපරම් කමිටු

වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ක්‍රියාත්මක කිරීමේ ප්‍රගතිය පිළිබඳව ඊළග වර්ෂයේ මැයි 15 දිනෙන් පසුව ස්ථාන මාරු මණ්ඩලය මගින් පසුවිපරම් කමිටුවක් පවත්වා බස්නාහිර පළාත් රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභාව වෙත වාර්තාවක් ඉදිරිපත් කරනු ලැබේ.

05. වාර්ෂික ස්ථාන මාරු සම්බන්ධයෙන් ආයතන ප්‍රධානියාගේ වගකීම.

5.1 තම ආයතනය තුල වසර 10කට වඩා සේවා කාලයක් සහිත සියළුම පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන් පිළිබඳ නිවැරදි තොරතුරු WP/PD/PHM/AT/02 ආකෘති පත්‍රය මගින් ද, තම ආයතනය තුල වසර 10කට වඩා සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කල ද වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් ඉදිරිපත් නොකල සියළුම පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන් පිළිබඳ නිවැරදි තොරතුරු WP/PD/PHM/AT/04 ආකෘති පත්‍රය මගින් ද සැපයිය යුතුය.සෑම පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණියෙක් පිළිබඳවම නිවැරදි හා සම්පූර්ණ තොරතුරු සැපයීමට ආයතන/දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානීන් වගබලා ගත යුතුය.සාවද්‍ය අසම්පූර්ණ තොරතුරු ඉදිරිපත් කර ඇති බව හෙළිවුවහොත් ඒ පිළිබඳ අදාල ආයතන ප්‍රධානීන්/දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානීන් හා එම ලැයිස්තු සකස් කල හා හරි වැරදි බලන නිලධාරීන් වගකීමට බැඳී සිටින අතර ඔවුන් විනයානුකූල ක්‍රියාමාර්ගයන්ට ද යටත්වේ.

5.2 මාරු කමිටු මගින් ආයතනයෙන් පිටතට ස්ථාන මාරු ලබා දී ඇති පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන් අනුප්‍රාප්තිකයින් පැමිණෙන තෙක් රඳවා නොගෙන නියමිත දින සිට නව සේවා ස්ථානයේ රාජකාරි භාර ගැනීමට හැකි වන පරිදි ඔවුන් මුදා හැරීමට කටයුතු කළ යුතුය.

5.3 ස්ථාන මාරු ලැබූ පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන් නියමිත දිනට නව සේවා ස්ථානයේ රාජකාරී කටයුතුවලට වාර්තා කළ පසු අදාළ අනුප්‍රාප්තික නිලධාරීන් මුදා හැරීමට අදාළ ආයතන ප්‍රධානීන් වග බලා ගත යුතුය.

5.4 නියමිත පරිදි නියමිත දිනට නව සේවා ස්ථානයේ රාජකාරි සඳහා වාර්තා කිරීම ස්ථාන මාරු නියෝග ලද පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන්ගේ වගකීම වන්නේය.

5.5 මෙම ප්‍රතිපත්තීන් සම්බන්ධයෙන් ඔබගේ සියළු ආයතන ප්‍රධානීන් දැනුවත් කරන මෙන් වැඩිදුරටත් දැනුවත් කල යුතුය.

5.6 වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ක්‍රියාත්මක කිරීම සම්බන්ධයෙන් බස්නාහිර පළාත් කාර්ය පරිපාටික (සංශෝධිත) රීතීන්හි 233,234,235,236,237,238,239 හා 240 වගන්ති වල සඳහන් විධි විධාන බල පැවැත්වෙනු ඇත.

පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ
බස්නාහිර පළාත
දිනය :

වෛද්‍ය ධම්මිකා ජයලත්
පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ
බස්නාහිර පළාත

බස්නාහිර පළාත් රාජ්‍ය සේවයේ පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන්ගේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු සඳහා ඉල්ලුම් පත්‍රය

තනතුර/සේවය:-..

ශ්‍රේණිය/පන්තිය:-..

01. නිලධාරිණියගේ නම:-..

02.අ. ස්ථිර (පෞද්ගලික) ලිපිනය:..

ආ.දැනට පදිංචි ලිපිනය:-..

03.අ. උපන් දිනය:-..

ආ.ස්ථාන මාරු ක්‍රියාත්මක වර්ෂයට පෙර වර්ෂයේ දෙසැම්බර් 31 දිනට වයස : අවු........මාස.............දින..........

ඇ.ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය:-.......................................

04.අ.වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ ලිපිනය:-..

ආ.වත්මන් සේවා ස්ථානය පිහිටි ලිපිනය:-..

05.අ.කාර්යාලීය දුරකථන අංකය:-..

ආ.පෞද්ගලික දුරකථන අංකය:-..

06.අ.වත්මන් සේවයට පත්වූ දිනය:-..

ආ.වර්තමාන පන්තියට /ශ්‍රේණියට පත්වූ දිනය:-..

07.අ.නිලධාරිණිය විවාහක ද /අවිවාහක ද යන වග:..

ආ.විවාහක නම් කලත්‍රයාගේ,

I. නම:-..
II. සේවා ස්ථානය:-..
III. සේවා ස්ථානය පිහිටි නගරය:-..

ඇ.

I. පාසල් යන දරුවන් ගණන:-..
II. ඔවුන්ගේ වයස:-..................................
III. ඔවුන් ඉගෙනුම ලබන පාසල්:-..
....

08.කලත්‍රයා ක්‍රියාන්විත සේවයේ නියුක්තව සිට ආබාධිත තත්ත්වයට පත්ව ඇති ත්‍රිවිධ හමුදාවේ/පොලිසියේ නිලධාරියෙක් නම් විස්තර සඳහන් කරන්න.(ලිඛිත සාක්ෂි සමග)

....
....
....
....
....
....
....

CamScanner

09.වත්මන් සේවයට පත් වූ දින සිට ස්ථාන මාරු ක්‍රියාත්මක වර්ෂයට පෙර වර්ෂයේ දෙසැම්බර් 31 දක්වා සේවා කාලය පිලිබඳ සම්පූර්ණ විස්තර පහත දැක්වෙන පරිදි සඳහන් කරන්න.(අවශ්‍යගම ඇමුණුමක් භාවිතා කරන්න.)

කාල සීමාව		මුළු සේවා කාලය	සේවා ස්ථානය	දිස්ත්‍රික්කය
සිට	දක්වා			

10.ස්ථාන මාරු ඉල්ලුම් කරනු ලබන සේවා ස්ථාන(කැමැත්ත අනුපිළිවෙලින්)

	සේවා ස්ථානය	පිහිටි නගරය
01		
02		
03		
04		
05		

11.ස්ථාන මාරු ඉල්ලුම් කිරීමට හේතුව:-...
....
....

12.මෙයට පෙර වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ලබා අභියාචනා මගින් අවලංගු කරගෙන තිබේද:-..................................

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සියල්ල නිවැරදි බව හා සත්‍ය බව ප්‍රකාශ කරමි.

දිනය:- අයදුම්කරුගේ අත්සන.......................................

<u>ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය</u>

අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව නිලධාරියා/නිලධාරිණිය මුදා හැරීම නිර්දේශ කරමි.

....

දිනය:- ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන

නිල මුද්‍රාව

<u>ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ නිර්දේශය</u>

ඉහත අයදුම්පතේ සඳහන් තොරතුරු සියල්ල පෞද්ගලික ලිපි ගොනුව අනුව නිවැරදිය.අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව නිලධාරියා/නිලධාරිණිය මුදා හැරීම නිර්දේශ කරමි.

වෙනත් නිර්දේශ:-...
....

....

දිනය:- ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ අත්සන

නිල මුද්‍රාව

CamScanner

පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ නිර්දේශය:-

ලේකම්,

සෞඛ්‍ය හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය,(බ.ප)

ඉහත නම් සඳහන් නිලධාරීගේ ඉල්ලුම් පත්‍රය අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව මුදා හැරීම නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.

වෙනත් නිර්දේශ:-..

දිනය:-

....

පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ අත්සන

නිල මුද්‍රාව

අමාත්‍යාංශ ලේකම්ගේ නිර්දේශය

ප්‍රධාන ලේකම්,

බස්නාහිර පළාත.

ඉල්ලුම් පත්‍රය නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.

දිනය:-

අත්සන ....

ලේකම්,

සෞඛ්‍ය, දේශීය වෛද්‍ය, සමාජ සුභසාධන

පරිවාස හා ළමාරක්ෂක සේවා, කාන්තා

කටයුතු සහ සභා කටයුතු අමාත්‍යාංශය(බ.ප)

නිල මුද්‍රාව:-

බස්නාහිර පළාත් ප්‍රධාන ලේකම්ගේ නිර්දේශය

ස්ථාන මාරුව නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.අනුමත කරමි/නොකරමි

දිනය:-

අත්සන.......................................

ප්‍රධාන ලේකම් (බස්නාහිර පළාත)

නිල මුද්‍රාව

WP/PD/PHM/AT/02

(A3 ප්‍රමාණයේ කඩදාසිවල සකසන්න)

බස්නාහිර පළාත් රාජ්‍ය සේවයේ පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන් සඳහාවන වාර්ෂික ස්ථාන මාරු

වත්මන් සේවා ස්ථානයේ වසර 10කට වැඩි සේවා කාලයක් ඇති පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන්ගේ උපලේඛනය

(වැඩිම සේවා කාලයක් ඇති නිලධාරීන්ගේ නම් මුලින්ම ඇතුලත් විය යුතු බව සලකන්න)

සේවය/තනතුර:-

සේවා ස්ථානය:-

අනු අංකය	නිලධාරිණියගේ නම	ශ්‍රේණිය	පදිංචි ලිපිනය	උපන් දිනය හා අදාල වර්ෂයේ දෙසැම්බර් 31 දිනට වයස	වත්මන් තනතුරට පත්වූ දිනය හා මාධ්‍යය	විවාහක නම් කලත්‍රයාගේ සේවා ස්ථානය හා ලිපිනය	පාසල් යන දරුවන් ගණන හා එම පාසල්	වත්මන් තනතුරේ පෙර සේවා ස්ථාන හා එහි කාල සීමාව	වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ඉල්ලා ඇත්නම් එය දෙපාර්තමේන්තු මාරු මණ්ඩලයට ද? පළාත් පාලන ආයතන වෙත ද? මධ්‍යම රාජ්‍ය සේවයට හෝ වෙනත් පළාත් රාජ්‍ය සේවයකට ද? යන වග	ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිරීක්ෂණ හා නිර්දේශ

සකස් කලේ: නම:- අත්සන:-

පරීක්ෂා කලේ:-නම:- අත්සන:-

....

ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන

නිල මුද්‍රාව

(සෑම නිලධාරියෙක් පිලිබඳවම නිවැරදි හා සම්පූර්ණ තොරතුරු සැපයීමට ආයතන ප්‍රධානීන් වග බලා ගත යුතුය.සාවද්‍ය තොරතුරු සපයා ඇති බව හෙළිවුවහොත් ඒ පිළිබඳව අදාළ ආයතන ප්‍රධානියා හා එම ලැයිස්තු සකස් කළ හා හරි වැරදි බලන නිලධාරියා වගකීමට බැඳී සිටින අතර ඔවුන් විනයානුකූල කටයුතුවලට ද යටත් වේ)

..................වාර්ෂික ස්ථාන මාරු තීරණ සම්බන්ධයෙන් බස්නාහිර පළාත් ගරු ආණ්ඩුකාරතුමා වෙත අභියාචනා ඉදිරිපත් කිරීම

අභියාචක නිලධාරියා පිළිබඳ තොරතුරු

අ.පෞද්ගලික තොරතුරු

1.මුලකුරු සමග නම:-			
2.තනතුර හා පන්තිය(ශ්‍රේණිය):-			
3.උපන් දිනය අවුරුදු / මාස /දින	4.වයස:-අවු..... මාස .... දින..... (20 .12.31 දිනට)	5.ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය:-	6.ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය:-
7.ස්ථිර ලිපිනය	8.තාවකාලික ලිපිනය:-	9.දුරකථන අංකය:- කාර්යාලය:- පෞද්ගලික:-	
10.විවාහක / අවිවාහක බව:-	11.කලත්‍රයාගේ නම:-	12.කලත්‍රයාගේ රැකියාව හා සේවා ස්ථානය:-	
13.දරුවන් ගණන:-	14.ඔවුන්ගේ වයස:-	15.ඉගෙනුම ලබන පාසල්:-	

ආ.සේවා තොරතුරු

16.තනතුරට පත්වූ දිනය:-				
17.වර්තමාන සේවා ස්ථානය:-			18.සේවා ස්ථානය පිහිටි නගරය:-	
19.වර්තමාන සේවා ස්ථානයට වාර්තා කල දිනය:- අවු....... මාස...... දින........			20.වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ සේවා කාලය(20 .... 12.31 දිනට) අවු.....මාස..... දින....	
21.ප්‍රතිලාභ ලබන (පිය මනාප) සේවා ස්ථානයක /ස්ථානවල සේවය කර තිබේ ද?				
22.රජයේ සේවයේ සේවය කරන ලද පූර්ව සේවා ස්ථානය	සේවා ස්ථානය	ප්‍රිය මනාප සේවා ස්ථානයකි/ප්‍රිය මනාප නොවන සේවා ස්ථානයකි	සේවා කාලය	
			සිට අවු..... මාස...... දින	දක්වා අවු......මාස...... දින.....
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			

ඇ.වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ඉල්ලීම පිළිබඳ තොරතුරු(අදාල කොටුවේ √ ලකුණ යොදන්න)

23. වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අයදුම්කර	ඇත නැත	ස්ථාන මාරු අයදුම්කර ඇත්නම් අයදුම්කර ඇති සේවා ස්ථාන:- 1. 2. 3. 4.
වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ලැබී තිබේ නම් එම සේවා ස්ථානය:-		
24.ස්ථාන මාරු චක්‍රය සම්ප්‍රේෂිත නිලධරයන් ගණන:-		
25.ස්ථාන මාරු සමාලෝචන කමිටුවට අයදුම්කර ඇත/නැත:-		

CamScanner

26.සමාලෝචන කමිටුව වෙත කරන ලද ඉල්ලීම පිළිබඳ තොරතුරු:-		
ස්ථාන මාරුව අවලංගු කිරීම		ස්ථාන මාරුව සංශෝධනය කිරීමට ඉල්ලුම් කලේ නම් එසේ ඉල්ලුම් කල සේවා ස්ථානය 01............... 02............... 03...............
සංශෝධන කිරීම		
නව ස්ථාන මාරුවක් ලබා ගැනීම		
27.ස්ථාන මාරු අභිනියෝජන බලධාරිත්වයේ තීරණය:-		
28.බස්නාහිර පළාත් රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභාවේ තීරණය:-		
29.ස්ථාන මාරු අභිනියෝජන බලධාරිත්වයෙහි තීරණයට හා /හෝ බස්නාහිර පළාත් සභා රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභාවේ තීරණයට එරෙහිව ගරු බස්නාහිර පළාත් ආණ්ඩුකාරතුමා වෙත අභියාචනා ඉදිරිපත් කිරීමට හේතු:- 1... 2... 3...		
30.ඉහත හේතු සනාථ කිරීමට අදාල ලිඛිත සාධකවල සහතික කල පිටපතක් පහත දැක්වෙන ඇමුණුම් වශයෙන් යා කර ඇත. ඇමුණුම 01............................. ඇමුණුම 02............................. ඇමුණුම 03.............................		
31.ඉල්ලා සිටිනු ලබන සහන 1... 2... 3...		
ඉහත දක්වා ඇති තොරතුරු සියල්ල සත්‍ය හා නිවැරදි බව ප්‍රකාශ කරමි. දිනය......................... අත්සන:.....................		

පහත ඇමුණුම් ඉදිරිපත් කිරීම අනිවාර්ය වේ.

1.වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අයදුම්පත - ඡායා පිටපත් 01
2.වාර්ෂික ස්ථාන මාරු නියෝගය - ඡායා පිටපත් 01
3.බස්නාහිර පළාත් රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභාව වෙත ඉදිරිපත් කල අභියාචනාව - ඡායා පිටපත් 01
4.බස්නාහිර පළාත් රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභාවේ අභියාචනා තීරණය - ඡායා පිටපත් 01

ඈ. ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය:-

1.නිලධාරියා /නිලධාරිණිය විසින් ඉදිරිපත් කර ඇති ඉහත සඳහන් තොරතුරු ඔහුගේ / ඇයගේ පෞද්ගලික ලිපි ගොනුව අනුව නිවැරදි බව සහතික කරමි.

2.වාර්ෂික ස්ථාන මාරු සම්බන්ධයෙන් රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභාව වෙත ඉදිරිපත් කරන අභියාචනා නිර්දේශ කරමි.පහත සඳහන් හේතු මත නිර්දේශ නොකරමි.

I. ....
II. ....
III. ....

3.අනුප්‍රාප්තිකයෙකු රහිතව අභියාචක නිදහස් කල හැක/නොහැක.

දිනය:-.............

....
ආයතන ප්‍රධානියා

දිනය:-.............

....
ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ
කොළඹ/ගම්පහ/කළුතර

CamScanner

... ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය:-

1.වාර්ෂික ස්ථාන මාරු සම්බන්ධයෙන් ගරු ආණ්ඩුකාරතුමා වෙත ඉදිරිපත් කරන අභියාචනා නිර්දේශ කරමි.

2.පහත සඳහන් හේතු මත නිර්දේශ නොකරමි.

I. ....
II. ....
III. ....

3.අනුප්‍රාප්තිකයෙකු රහිතව අභියාචක නිදහස් කල හැක/නොහැක.

දිනය:-.............

....
පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ
බස්නාහිර පළාත

ඊ. අමාත්‍යාංශ ලේකම්ගේ නිර්දේශය:-

1.වාර්ෂික ස්ථාන මාරු සම්බන්ධයෙන් ගරු ආණ්ඩුකාරතුමා වෙත ඉදිරිපත් කරන අභියාචනා නිර්දේශ කරමි.

2.පහත සඳහන් හේතු මත නිර්දේශ නොකරමි.

I. ....
II. ....
III. ....

3.අනුප්‍රාප්තිකයෙකු රහිතව අභියාචක නිදහස් කල හැක/නොහැක.

දිනය:-.............

....
ලේකම්
සෞඛ්‍ය හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය
බස්නාහිර පළාත

CamScanner

WP/PD/PHM/AT/05

(A3 ප්‍රමාණයේ කඩදාසිවල සකසන්න)

බස්නාහිර පළාත් රාජ්‍ය සේවයේ පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන් සඳහා වන වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කල සියළුම පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන්ගේ උපලේඛනය
(වැඩිම සේවා කාලයක් ඇති නිලධාරීන්ගේ නම් මුලින්ම ඇතුලත් විය යුතු බව සලකන්න)

සේවය/තනතුර:-

සේවා ස්ථානය:-

අනු අංකය	නිලධාරිණියගේ නම	ශ්‍රේණිය	පදිංචි ලිපිනය	උපන් දිනය හා අදාල වර්ෂයේ දෙසැම්බර් 31 දිනට වයස	වත්මන් තනතුරට පත්වූ දිනය හා මාධ්‍යය	විවාහක නම් කලත්‍රයාගේ සේවා ස්ථානය හා ලිපිනය	පාසල් යන දරුවන් ගණන හා එම පාසල්	වත්මන් තනතුරේ පෙර සේවා ස්ථාන හා එහි කාල සීමාව	වර්තමාන සේවා ස්ථානය හ එහි සේවා කාලය	වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ඉල්ලන ලද සේවා ස්ථානය	ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිරීක්ෂණ හා නිර්දේශ

සකස් කලේ: නම:- අත්සන:-

පරීක්ෂා කලේ:-නම:- අත්සන:-

....

ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන

නිල මුද්‍රාව

(සෑම නිලධාරියෙක් පිලිබඳවම නිවැරදි හා සම්පූර්ණ තොරතුරු සැපයීමට ආයතන ප්‍රධානින් වග බලා ගත යුතුය.සාවද්‍ය තොරතුරු සපයා ඇති බව හෙළිවුවහොත් ඒ පිළිබඳව අදාළ ආයතන ප්‍රධානියා හා එම ලැයිස්තු සකස් කළ හා හරි වැරදි බලන නිලධාරියා වගකීමට බැඳී සිටින අතර ඔවුන් විනයානුකුල කටයුතුවලට ද යටත් වේ)

..................වාර්ෂික ස්ථාන මාරු තීරණ සම්බන්ධයෙන් පළාත් රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභාව වෙත අභියාචනා ඉදිරිපත් කිරීම

අභියාචක නිලධාරියා පිළිබඳ තොරතුරු

අ.පෞද්ගලික තොරතුරු

1.මුලකුරු සමග නම:-			
2.තනතුර හා පන්තිය(ශ්‍රේණිය):-			
3.උපන් දිනය අවුරුදු / මාස /දින	4.වයස:-අවු..... මාස .... දින..... (20 .12.31 දිනට)	5.ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය:-	6.ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය:-
7.ස්ථිර ලිපිනය	8.තාවකාලික ලිපිනය:-	9.දුරකථන අංකය:- කාර්යාලය:- පෞද්ගලික:-	
10.විවාහක / අවිවාහක බව:-	11.කලත්‍රයාගේ නම:-	12.කලත්‍රයාගේ රැකියාව හා සේවා ස්ථානය:-	
13.දරුවන් ගණන:-	14.ඔවුන්ගේ වයස:-	15.ඉගෙනුම ලබන පාසල්:-	

ආ.සේවා තොරතුරු

16.තනතුරට පත්වූ දිනය:-				
17.වර්තමාන සේවා ස්ථානය:-			18.සේවා ස්ථානය පිහිටි නගරය:-	
19.වර්තමාන සේවා ස්ථානයට වාර්තා කල දිනය:- අවු....... මාස...... දින........			20.වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ සේවා කාලය(20 .... 12.31 දිනට) අවු.....මාස..... දින....	
21.ප්‍රතිලාභ ලබන (පිය මනාප) සේවා ස්ථානයක /ස්ථානවල සේවය කර තිබේ ද?				
22.රජයේ සේවයේ සේවය කරන ලද පූර්ව සේවා ස්ථානය	සේවා ස්ථානය	ප්‍රිය මනාප සේවා ස්ථානයකි/ප්‍රිය මනාප නොවන සේවා ස්ථානයකි	සේවා කාලය	
			සිට අවු..... මාස...... දින	දක්වා අවු......මාස...... දින.....
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			

ඇ.වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ඉල්ලීම පිළිබඳ තොරතුරු(අදාල කොටුවේ √ ලකුණ යොදන්න)

23. වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අයදුම්කර	ඇත නැත	ස්ථාන මාරු අයදුම්කර ඇත්නම් අයදුම්කර ඇති සේවා ස්ථාන:- 1. 2. 3. 4.
වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ලැබී තිබේ නම් එම සේවා ස්ථානය:-		
24.ස්ථාන මාරු චක්‍රය සමන්විත නිලධරයන් ගණන:-		
25.ස්ථාන මාරු සමාලෝචන කමිටුවට අයදුම්කර ඇත/නැත:-		
26.සමාලෝචන කමිටුව වෙත කරන ලද ඉල්ලීම පිළිබඳ තොරතුරු		

CamScanner

ස්ථාන මාරුව අවලංගු කිරීම		ස්ථාන මාරුව සංශෝධනය කිරීමට ඉල්ලුම් කලේ නම් එසේ ඉල්ලුම් කල සේවා ස්ථානය 01............... 02............... 03................
සංශෝධන කිරීම		
නව ස්ථාන මාරුවක් ලබා ගැනීම		

27.ස්ථාන මාරු අභිනියෝජන බලධාරිත්වයේ තීරණය:-

28.ස්ථාන මාරු අභිනියෝජන බලධාරිත්වයෙහි තීරණයට එරෙහිව බස්නාහිර පළාත් සභා රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභාව වෙත අභියාචනා ඉදිරිපත් කිරීමට හේතු:-
1..
2...
3..

29.ඉහත හේතු සනාථ කිරීමට අදාල ලිඛිත සාධකවල සහතික කල පිටපතක් පහත දැක්වෙන ඇමුණුම් වශයෙන් යා කර ඇත.
ඇමුණුම 01.............................
ඇමුණුම 02............................
ඇමුණුම 03..............................

30.ඉල්ලා සිටිනු ලබන සහන
1..
2...
3...

ඉහත දක්වා ඇති තොරතුරු සියල්ල සත්‍ය හා නිවැරදි බව ප්‍රකාශ කරමි.

දිනය........................... අත්සන:.....................

ඇ. පළාත් අමාත්‍යාංශ ලේකම්/දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය:-

1.නිලධාරියා /නිලධාරිණිය විසින් ඉදිරිපත් කර ඇති ඉහත සඳහන් තොරතුරු ඔහුගේ / ඇයගේ පෞද්ගලික ලිපි ගොනුව අනුව නිවැරදි බව සහතික කරමි.

2.වාර්ෂික ස්ථාන මාරු සම්බන්ධයෙන් රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභාව වෙත ඉදිරිපත් කරන අභියාචනා නිර්දේශ කරමි.පහත සඳහන් හේතු මත නිර්දේශ නොකරමි.

I. ....
II. ....
III. ....

3.අනුප්‍රාප්තිකයෙකු රහිතව අභියාචක නිදහස් කල හැක/නොහැක.

දිනය:-.............. ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ

වාර්ෂික ස්ථාන මාරු සම්බන්ධයෙන් රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභාව වෙත ඉදිරිපත් කරන අභියාචනා නිර්දේශ කරමි.පහත සඳහන් හේතු මත නිර්දේශ නොකරමි.

I. ....
II. ....
III. ....

අනුප්‍රාප්තිකයෙකු රහිතව අභියාචක නිදහස් කල හැක/නොහැක.

දිනය:-.............. පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ

CamScanner

අභියාචක ස්ථාන මාරු සම්බන්ධයෙන් රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභාව වෙත ඉදිරිපත් කරන අභියාචනා නිර්දේශ කරමි.පහත සඳහන් හේතු මත නිර්දේශ නොකරමි.

I. ....
II. ....
III. ....

අනුප්‍රාප්තිකයෙකු රහිතව අභියාචක නිදහස් කල හැක/නොහැක.

දිනය:-..............   අමාත්‍යාංශ ලේකම්

ඉ.ස්ථාන මාරු අභිනියෝජන බලධාරිත්වයෙහි නිර්දේශය

I. ස්ථාන මාරු චක්‍රය සම්බන්ධ නිලධාරීන් ගණන:........
II. අභියාචක පිළිබඳ නිර්දේශය:-.............................

දිනය:-   අත්සන:-

CamScanner

.................වාර්ෂික ස්ථාන මාරු තීරණ සම්බන්ධයෙන් පළාත් රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභාව වෙත අභියාචනා ඉදිරිපත් කිරීම

අනුප්‍රාප්තික නිලධාරියා පිළිබඳ තොරතුරු

අභියාචන නිලධාරියාගේ නම හා තනතුර:-..

අභියාචක නිලධාරියාට අදාල අනුප්‍රාප්තික නිලධාරියා පිළිබඳ තොරතුරු:-

අ.පෞද්ගලික තොරතුරු

1.මුලකුරු සමග නම:-			
2.තනතුර හා පන්තිය(ශ්‍රේණිය):-			
3.උපන් දිනය අවුරුදු / මාස /දින	4.වයස:-අවු..... මාස .... දින..... (20 .12.31 දිනට)	5.ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය:-	6.ස්ත්‍රී පුරුෂ භාවය:-
7.ස්ථිර ලිපිනය	8.තාවකාලික ලිපිනය:-	9.දුරකථන අංකය:- කාර්යාලය:- පෞද්ගලික:-	
10.විවාහක / අවිවාහක බව:-	11.කලත්‍රයාගේ නම:-	12.කලත්‍රයාගේ රැකියාව හා සේවා ස්ථානය:-	
13.දරුවන් ගණන:-	14.ඔවුන්ගේ වයස:-	15.ඉගෙනුම ලබන පාසල්:-	

ආ.සේවා තොරතුරු

16.තනතුරට පත්වූ දිනය:-				
17.වර්තමාන සේවා ස්ථානය:-			18.සේවා ස්ථානය පිහිටි නගරය:-	
19.වර්තමාන සේවා ස්ථානයට වාර්තා කල දිනය:- අවු....... මාස...... දින........			20.වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ සේවා කාලය (20 .... 12.31 දිනට) අවු.....මාස..... දින.....	
21.ප්‍රතිලාභ ලබන (පිය මනාප) සේවා ස්ථානයක /ස්ථානවල සේවය කර තිබේ ද?				
22.රජයේ සේවයේ සේවය කරන ලද පූර්ව සේවා ස්ථාන	සේවා ස්ථානය	ප්‍රිය මනාප සේවා ස්ථානයකි/ප්‍රිය මනාප නොවන සේවා ස්ථානයකි	සේවා කාලය	
			සිට අවු..... මාස...... දින	දක්වා අවු......මාස...... දින.....
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			

ඇ.වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ඉල්ලීම පිළිබඳ තොරතුරු(අදාල කොටුවේ √ ලකුණ යොදන්න)

23. වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අයදුම්කර 1............................... 2............................... 3.................................	ඇත	ස්ථාන මාරුව සංශෝධනය කිරීමට ඉල්ලුම් කලේ නම් එසේ ඉල්ලුම් කල සේවා ස්ථාන:- 1. 2. 3.
	නැත	

CS CamScanner

<table>
<tr><td colspan="3">වාර්ෂික සමාලෝචන කමිටුවට අයදුම් කර ඇත/නැත:-</td></tr>
<tr><td colspan="2">24 ස්ථාන මාරු සමාලෝචන කමිටුවට අයදුම්කර ඇත/නැත:-</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">25. වාර්ෂික ස්ථාන මාරු සමාලෝචන කමිටුව වෙත කරන ලද ඉල්ලීම පිළිබඳ තොරතුරු</td></tr>
<tr><td>ස්ථාන මාරුව අවලංගු කිරීම</td><td></td><td rowspan="3">ස්ථාන මාරුව සංශෝධනය කල යුතු/නව සේවා ස්ථාන මාරුවක් ලබා දිය යුතු සේවා ස්ථාන
01................
02................
03................</td></tr>
<tr><td>සංශෝධන කිරීම</td><td></td></tr>
<tr><td>නව ස්ථාන මාරුවක් ලබා ගැනීම</td><td></td></tr>
</table>

26.ස්ථාන මාරු සමාලෝචන කමිටු තීරණ:-

27.අභියාචකගේ අනුප්‍රාප්තික නිලධරයා බස්නාහිර පළාත් සභා රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභාව වෙත අභියාචනයක් ඉදිරිපත් කර තිබේ ද/නැද්ද යන්න

....

28.අභියාචකගේ ඉල්ලීම ඉටුකලහොත් අනුප්‍රාප්තික නිලධාරියාට අගතියක් නොවන පරිදි ස්ථාන මාරු චක්‍රය ක්‍රියාත්මක කිරීම පිළිබඳ ස්ථාන මාරු අභිනියෝජන බලධාරිත්වයේ නිරීක්ෂණ හා නිර්දේශ:-

....

....

....

දිනය අත්සන

WP/PD/PHM/AT/04

(A3 ප්‍රමාණයේ කඩදාසිවල සකසන්න)

බස්නාහිර පළාත් රාජ්‍ය සේවයේ පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන් සඳහාවන වාර්ෂික ස්ථාන මාරු

වත්මන් සේවා ස්ථානයේ වසර 10කට වැඩි සේවා කාලයක් ඇති එහෙත් ස්ථාන මාරු අයදුම් නොකළ පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිණීන්ගේ උපලේඛනය

(වැඩිම සේවා කාලයක් ඇති නිලධාරීන්ගේ නම් මුලින්ම ඇතුලත් විය යුතු බව සලකන්න)

සේවය/තනතුර:-

සේවා ස්ථානය:-

අනු අංකය	නිලධාරිණියගේ නම	ශ්‍රේණිය	පදිංචි ලිපිනය	උපන් දිනය හා අදාල වර්ෂයේ දෙසැම්බර් 31 දිනට වයස	වත්මන් තනතුරට පත්වූ දිනය හා මාධ්‍යය	විවාහක නම් කලත්‍රයාගේ සේවා ස්ථානය හා ලිපිනය	පාසල් යන දරුවන් ගණන හා එම පාසල්	වත්මන් තනතුරේ පෙර සේවා ස්ථාන හා එහි කාල සීමාව	ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිරීක්ෂණ හා නිර්දේශ

සකස් කලේ: නම:- අත්සන:-

පරීක්ෂා කලේ:-නම:- අත්සන:-

....

ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන

නිල මුද්‍රාව

(සෑම නිලධාරියෙක් පිලිබඳවම නිවැරදි හා සම්පූර්ණ තොරතුරු සැපයීමට ආයතන ප්‍රධානින් වග බලා ගත යුතුය.සාවද්‍ය තොරතුරු සපයා ඇති බව හෙළිවුවහොත් ඒ පිළිබඳව අදාළ ආයතන ප්‍රධානියා හා එම ලැයිස්තු සකස් කළ හා හරි වැරදි බලන නිලධාරියා වගකීමට බැඳී සිටින අතර ඔවුන් විනයානුකුල කටයුතුවලට ද යටත් වේ)