



සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුව - ඌව පළාත

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES - UVA PROVINCE

சுகாதார சேவைத் திணைக்களம் - ஊவா மாகாணம்

අංක 301 ආර් එච් ගුණවර්ධන මාවත - බදුල්ල # 301, R.H. Gunawardana Mawatha, Badulla.



මගේ අංකය } UH/EC/ස.ස.ම.2023  
My No. }

ඔබේ අංකය }  
Your No. }

දිනය } 2022.12. 19  
Date }

ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ,  
ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ කාර්යාලය,  
බදුල්ල/මොණරාගල.

වෛද්‍ය අධිකාරී,  
මූලික රෝහල,  
දියතලාව, මහියංගණය, වැලිමඩ, වැල්ලවාය, බිබිල, සියඹලාණේඬුව

**2023 වාර්ෂික ස්ථාන මාරු නියෝග සෞඛ්‍ය සේවය**

ඌව පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුවට අයත් සේවා ස්ථාන වල සේවයේ නියුතු හෙද සේවය, පවුල් සෞඛ්‍ය සේවය, ඖෂධවේදී සේවය, ඖෂධ සංයෝජක සේවය, වෛද්‍ය රසායනාගාර කාර්මික විද්‍යාඥ සේවය, භෞත චිකිත්සක සේවය, විකිරණ ශිල්පී, විද්‍යුත් ධන්තු රේඛන ශිල්පී, මහජන සෞඛ්‍ය රසායනාගාර ශිල්පී, අක්ෂි තාක්ෂණ, පායල් දෝන විකිත්සක, ලියාපදිංචි වෛද්‍ය සේවය, ඉසිම යන්ත්‍ර ක්‍රියාකරු, සෞඛ්‍ය මුරකරු, වාට්ටු ලිපිකරු, මැනුම් සේවිකා, විදුලි සෝපාන ක්‍රියාකරු, එඩුකාර්මික, ආදී තනතුරු වල 2023 වර්ෂයේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ලේඛනයේ සඳහන් ස්ථාන මාරු 2023.02.01 දින සිට ක්‍රියාත්මක කිරීමට මෙයින් නියෝග කරනු ලැබේ.

02. මෙම ස්ථාන මාරු නියෝග අනුව ස්ථාන මාරුවීම් ලැබ ඇති සියළු නිලධාරීන්ට ලිඛිතව දැනුම් දී නියමිත දින නව සේවා ස්ථානයේ සේවයට වාර්තා කිරීමට හැකිවන සේ මුදා හැරීමට ආයතන ප්‍රධානීන් වගබලා ගත යුතුය.

03. එසේම අදාළ නිලධාරීන් නියමිත දිනට නව සේවා ස්ථානයේ සේවයට වාර්තා කිරීමට හැකිවන සේ ඔවුන් භාරයේ ඇති රජය සතු ලිපිලේඛන, ලිපිගොනු හා රජයේ දේපළ නිසි පරිදි භාර ගැනීමට ආයතන ප්‍රධානීන් විසින් පියවර ගත යුතු අතර, ඒ අනුව ස්ථාන මාරුලාභීන් විසීමත් පරිදි නිදහස් කිරීම ආයතන ප්‍රධානීන්ගේ වගකීම වේ.

04. තවද කාර්ය මණ්ඩල වාර්තාවට අනුව සේවා ස්ථාන වල වැඩිපුර සිටින නිලධාරීන් ස්ථාන මාරු කර ඇති බැවින් එම නිලධාරීන් අනුප්‍රාප්තිකයන් රහිතව වහාම නිදහස් කිරීමට අදාළ ආයතන ප්‍රධානීන් වගබලා ගත යුතුවේ.

05. ස්ථාන මාරු ලැබ ඇති නිලධාරීන්ගේ ස්ථාන මාරුවීම් මා විසින් ලිඛිතව සංශෝධනය කරනු නොලැබුවහොත් ඔවුන් සේවයෙන් මුදා හැර ඔවුන්ගේ වැටුප් විස්තර, නිවාඩු විස්තර හා ලබාගත් දුම්රිය බලපත්‍ර පිළිබඳ විස්තර නිවැරදිව නව සේවා ස්ථානයේ ආයතන ප්‍රධානීන් වෙත යැවීමට කටයුතු කළ යුතුවේ.

06. වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අභියාචනා ඇත්නම් මේ සමග අමුණා ඇති ආකෘතිය ප්‍රකාරව අභියාචනයක් සකස් කර 2023.01.10 දිනට පෙර අදාළ ආයතන ප්‍රධානියාගේ හා ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ නිර්දේශ සහිතව මා වෙත ඉදිරිපත් කළ යුතුය. එදිනට පසුව ලැබෙන අභියාචනා ප්‍රතික්ෂේප කරනු ලැබේ.

07. ඌව පළාතේ ඖෂධ සංයෝජක නිලධාරී පුරප්පාඩු විශාල ප්‍රමාණයක් පවතින බැවින් එම නිලධාරීන්ගේ ඉල්ලීම් අනුව සහ සේවා අවශ්‍යතාවය මත ස්ථාන මාරු කර ඇති බවද කාරුණිකව දන්වා සිටිමි.

08. මෙම ස්ථාන මාරු නියෝග ඇතුළත් ලේඛනය [www.healthdept.uv.gov.lk](http://www.healthdept.uv.gov.lk) යන ලිපිනයෙන් බාගත කරගත (Download) හැකි බව දන්වන අතර, අදාළ ස්ථාන මාරු නියෝග අනුව අනුප්‍රාප්තික නිලධාරීන් පැමිණෙන තෙක් නොසිට නියමිත දිනට සේවා ස්ථාන වලින් මුදා නොහරින ආයතන ප්‍රධානීන්ට මෙම නියෝග නොතකා කටයුතු කිරීම සම්බන්ධයෙන් විනයානුකූලව කටයුතු කිරීමට සිදුවන බවද වැඩිදුරටත් සඳහන් කරමි.

වෛද්‍ය ජේ.සී.එම්.තෙන්නකෝන්  
ඌව පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ

පිටපත - ලේකම්, ඌව පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය - දැ.ගැ.ස.

ඔබේ අංකය :- .....

නම :- .....

ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :- .....

තනතුර :- .....

සේවා ස්ථානයේ ලිපිනය :- .....

දිනය :- .....

..... මහින්,

..... මහින්,

ඌව පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ.

**2022 වාර්ෂික ස්ථාන මාරුව පිළිබඳ ඌව පළාත් සභා රාජ්‍ය සේවයේ ..... සේවයේ නිලධාරියෙකු විසින් කරනු ලබන අභියාචනය**

ඔබේ අංක ..... හා ..... දිනැති ලිපිය අනුව 2023 වර්ෂයේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ලේඛණය මගින් ..... ට ස්ථාන මාරු කර ඇත.

02. පහතින් විස්තර කරනු ලබන කරුණු මත එම ස්ථාන මාරුව සංශෝධනය කර නැවත සලකා බලන ලෙස කාරුණිකව ඉල්ලා සිටිමි.

සංශෝධනය කිරීමට හේතු

2.1.....

2.2.....

2.3.....

03. ඉහත කරුණු සනාථ කිරීම සඳහා පහත සඳහන් ලියකියවිලි සහතික කළ ඡායා පිටපත් මේ සමග යා කර ඇත.

3.1.....

3.2.....

3.3.....

04. ඒ අනුව මාගේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු නියෝගය පහත සඳහන් සේවා ස්ථානයකට සංශෝධනය කර දෙන ලෙස කාරුණිකව ඉල්ලමි.

පළමු මනාපය : .....

දෙවන මනාපය : .....

තෙවන මනාපය : .....

.....  
නිලධාරියාගේ අත්සන

.....  
දිනය

**ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය :-**

ඉහත නම සඳහන් ..... මහතා/මහත්මිය/මෙනවිය විසින් ඉහතින් දක්වා ඇති කරුණු සත්‍ය බවට සැහීමකට පත්වෙමි. ස්ථාන මාරු අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව සංශෝධනය කිරීම/අවලංගු කිරීම නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.

දිනය : .....  
ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන (නිල මුද්‍රාව)

**ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ නිර්දේශය :-**

ඉහත නම සඳහන් ..... මහතා/මහත්මිය/මෙනවිය විසින් ඉහතින් දක්වා ඇති කරුණු සත්‍ය බවට සැහීමකට පත්වෙමි. ස්ථාන මාරු අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව සංශෝධනය කිරීම/අවලංගු කිරීම නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.

දිනය : .....  
ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ අත්සන (නිල මුද්‍රාව)

**දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය :-**

ඉහත නම සඳහන් ..... මහතා/මහත්මිය/මෙනවිය විසින් ඉහතින් දක්වා ඇති කරුණු සත්‍ය බවට සැහීමකට පත්වෙමි. ස්ථාන මාරු අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව සංශෝධනය කිරීම/අවලංගු කිරීම නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.

දිනය : .....  
දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ අත්සන (නිල මුද්‍රාව)

**අමාත්‍යාංශ ලේකම්ගේ අනුමැතිය :-**

ඉහත නම සඳහන් ..... මහතා/මහත්මිය/මෙනවිය විසින් ඉහතින් දක්වා ඇති කරුණු සත්‍ය බවට සැහීමකට පත්වෙමි. ස්ථාන මාරු අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව සංශෝධනය කිරීම/අවලංගු කිරීම නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.

දිනය : .....  
අමාත්‍යාංශ ලේකම්ගේ අත්සන (නිල මුද්‍රාව)