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 / My No. UH/EC/වා.ස්.මා./2023 .   ඔබේ අංකය / Your No. ....   දිනය / Date 2022.12.19

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

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

__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 හෘත් රේඛන ශිල්පී, මහජන සෞඛ්‍ය රසායනාගාර ශිල්පී, අක්ෂි තාක්ෂණ, පාසල් දන්ත චිකිත්සක, ලියාපදිංචි වෛද්‍ය සේවය, ඉසීම යන්ත්‍ර ක්‍රියාකරු, සෞඛ්‍ය මුරකරු, වාට්ටු ලිපිකරු,මැහුම් සේවිකා, විදුලි සෝපාන ක්‍රියාකරු, වඩුකාර්මික, ආදි 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 නිලධාරින්ට ලිඛිතව දැනුම් දී නියමිත දින නව සේවා ස්ථානයේ සේවයට වාර්තා කිරීමට හැකිවන සේ මුදා හැරීමට ආයතන ප්‍රධානීන් වගබලා ගත යුතුය.

03. එසේම අදාල 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 විධිමත් පරිදි නිදහස් කිරීම ආයතන ප්‍රධානීන්ගේ වගකීම වේ.

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

05. ස්ථාන මාරු ලැබ ඇති නිලධාරින්ගේ ස්ථාන මාරුවීම් මා විසින් ලිඛිතව සංශෝධනය කරනු නොලැබුවහොත් ඔවුන් සේවයෙන් මුදා හැර ඔවුන්ගේ වැටුප් විස්තර, නිවාඩු විස්තර හා ලබාගත් දුම්රිය බලපත්‍ර පිළිබඳ විස්තර නිවැරැදිව 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 අදාල 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 නිලධාරි පුරප්පාඩු විශාල ප්‍රමාණයක් පවතින බැවින් එම නිලධාරින්ගේ ඉල්ලීම අනුව සහ සේවා අවශ්‍යතාවය මත ස්ථාන මාරු කර ඇති බවද කාරුණිකව දන්වා සිටිමි.

08. මෙම ස්ථාන මාරු නියෝග ඇතුලත් ලේඛනය www.healthdept.up.gov.lk යන ලිපිනයෙන් බාගත කරගත (Download) හැකි බව දන්වන අතර, අදාල ස්ථාන මාරු නියෝග අනුව අනුප්‍රාප්තික නිලධාරින් 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.

Telephone Numbers

General : 055- 4938052 Fax : 055-2223098 / 055-2222823 Provincial Director : 055-4938040
MO Planning : 055- 4938044 Accountant : 055 - 4938041 / 055-2231981 Administrative Officer : 055-4938043 / 055-2229694

Email :
pdhsplanning@gmail.com
uvaprovince.pdhs2020@gmail.com
pdhsuvaacc@gmail.com

ඔබේ අංකය :- ....

නම :- ....

ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :- ....

තනතුර :- ....

සේවා ස්ථානයේ ලිපිනය :- ....

දිනය :- ....

.... මඟින්,

.... මඟින්,

ඌව පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ.

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

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 : ....

....

නිලධාරියාගේඅත්සන දිනය

ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය :-

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

දිනය : ....

....
ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන (නිලමුද්‍රාව)

ප්‍රාදේශිය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ නිර්දේශය :-

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

දිනය : ....

....
ප්‍රාදේශිය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ අත්සන (නිලමුද්‍රාව)

දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය :-

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

දිනය : ....

....
දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ අත්සන (නිලමුද්‍රාව)

අමාත්‍යාංශ ලේකම්ගේ අනුමැතිය :-

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

දිනය : ....

....
අමාත්‍යාංශ ලේකම්ගේ අත්සන (නිලමුද්‍රාව)