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./2026 ඔබේ අංකය Your No. දිනය Date 2025.08.13

ප්‍රාදේශිය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ,
බදුල්ල/මොනරාගල,
සියළුම ආයතන ප්‍රධානීන් වෙත

ඌව පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුවේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු - 2026 වර්ෂය

ඌව පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශ ලේකම්ගේ අංක AD/2/14/වා.ස්.මා./2026 හා 2025.08.11 දිනැති ලිපිය හා බැඳේ.

02. යථෝක්ත ලිපිය මගින්, මෙම දෙපාර්තමේන්තුව යටතේ පවතින සෞඛ්‍ය ආයතනවල සේවයේ නියුතු, 2026 වර්ෂයට අදාලව වාර්ෂික ස්ථාන මාරු සඳහා සුදුසුකම් ලැබූ නිලධාරින්ගෙන් ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් කැඳවා ඇත.

03. ඔබගේ දැනගැනිමේ සහ අවශ්‍ය කටයුතු සිදු කිරිම සඳහා අදාළ ලිපියේ පිටපතක් සහ ඇමුණුම් මේ සමග ඔබ යොමු කරන අතර, නියමිත දිනට පෙර අදාළ අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කිරීමට කටයුතු කරන ලෙස කාරුණිකව දන්වා සිටිමි.

04. තවද සියළුම ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් මාගේ නිර්දේශය මත ඉදිරිපත් කළ යුතු බවද වැඩිදුරටත් දන්වා සිටිමි.

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

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

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. Gunawaradana Mawatha Baudlla.

මගේ අංකය My No. } UH/EC/වා.ස්.මා./2026 ඔබේ අංකය Your No. } .... දිනය Date } 2025.08. 13

ප්‍රාදේශිය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ,
බදුල්ල/මොනරාගල,

වෛද්‍ය අධිකාරි,
මූලික රෝහල,
දියතලාව,වැලිමඩ,මහියංගණය,
වැල්ලවාය. සියඹලාණ්ඩුව, බිබිල.

සියළුම ආයතන ප්‍රධානීන් වෙත

ඌව පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුවේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු - 2026 වර්ෂය

ඌව පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුව යටතේ පවතින සියළුම සෞඛ්‍ය ආයතන වල සේවයේ නියුතු, 2026 වර්ෂයේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු සඳහා සුදුසුකම් ලැබූ පහත සඳහන් තනතුරු වලට අදාළ සියළුම නිලධාරීන් සහ සේවක මහත්ම මත්මීන්ගෙන් ස්ථානු මාරු අයදුම්පත් කැඳවනු ලැබේ.

- මහජන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂක නිලධාරි
- පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරිනී
- PL කාණ්ඩයේ සියළුම තනතුරු (PL- I, PL – II, PL – III)

02. ඒ අනුව

- ඇමුණුම 01 - 2026 වාර්ෂික ස්ථාන මාරුවීම් වලට අදාළ පොදු කොන්දේසි
- ඇමුණුම 02 - 2025.12.31 දිනට වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ අදාළ තනතුරේ වසර 05 ක් හෝ ඊට වැඩි සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කර ඇති නිලධරයන් විසින් ඉදිරිපත් කළ යුතු අයදුම්පත්‍රය
- ඇමුණුම 03 - 2025.12.31 දිනට වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ අදාළ තනතුරේ වසර 02 කට හෝ 05 ට වඩා අඩු සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කර ඇති ස්ථාන මාරු අපේක්ෂා කරන නිලධරයන් විසින් ඉදිරිපත් කළ යුතු අයදුම්පත්‍රය
- ආකෘති පත්‍ර 01 - එකම සේවා ස්ථානයේ අදාළ තනතුරේ ස්වය කරනු ලබන සියළුම නිලධරයන්ගේ විස්තර (තනතුරු අනුව වෙන් වෙන් ලෙස 2025.12.31 දිනට වැඩිම සේවා කාලයක් ඇති නිලධාරීන්ගේ නම් මුලින්ම ඇතළත් කර අදාළ ආයතන ප්‍රධානීගේ නිර්දේශය සහතිව ඉදිරිපත් කළ යුතුයු)
- ආකෘති පත්‍ර 02 - එකම සේවා ස්ථානයක අදාළ තනතුරේ සේවය කරනු ලබන සේවා කාලය වසර 05 ක් හෝ ඊට වැඩි සියළුම නිලධරයන්ගේ විස්තර (අදාළ ආයතන ප්‍රධානීගේ නිර්දේශය සහිතව ඉදිරිපත් කළ යුතුවේ)
- ආකෘති පත්‍ර 03 - එකම සේවා ස්ථානයක අදාළ තනතුරේ සේවය කරනු ලබන සේවා කාලය වසර 02-05 ත් අතර ස්ථාන මාරු අයදුම් කර ඇති නිලධරයන්ගේ විස්තර (අදාළ ආයතන ප්‍රධානීගේ නිර්දේශය සහිතව ඉදිරිපත් කළ යුතුවේ)

Telephone Numbers : General : 055-2223098
Fax : 055-2223098
Accountant : 055-2231981 Administrative Officer : 055-2229694
Email :
Planning Unit : pdhsplanning@gmail.com
Administrative Branch : uvaprovince.pdhs2020@gmail.com
Accounts Branch : pdhsuvaacc@gmail.com

ඌව පළාත් සභාව
ஊவா மாகாண சபை
Uva Provincial Council
සෞඛ්‍ය, දේශීය වෛද්‍ය, පරිවාස හා ළමාරක්ෂක, වනිතා කටයුතු සහ සමාජ සුබසාධන අමාත්‍යාංශය
சுகாதார, சுதேச வைத்திய, நன்னடத்தை சிறுவர் பராமரிப்பு, மகளிர் விவகார மற்றும் சமூக நலன்புரி அமைச்சு
Ministry of Health, Indigenous Medicine, Probation And Childcare, Women Affairs and Social Welfare
301, ආර්.එච්. ගුණවර්ධන මාවත, බදුල්ල | 301, ஆர்.எச். குணவர்தன மாவத்தை, பதுளை | 301, R.H. Gunawardene Mawatha, Badulla

12 AUG 2025

මගේ අංකය / எனது இல / My No } 5/AD/2/14/වා ස් මා/2026 ඔබේ අංකය / உமது இல / Your No } දිනය / திகதி / Date } 2025.08.11

ඌව පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ,
ඌව පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුව,
බදුල්ල.

ඌව පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුවේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරුවීම් - 2026 වර්ෂය

ඌව පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුවේ පහත තනතුරු වලට අදාළ සියළුම නිලධරයන් සඳහා වන ස්ථාන මාරු ප්‍රතිපත්තිය අනුව, පහත සඳහන් තනතුරු හා සේවාවන් සඳහා 2026 වර්ෂයට අදාල වාර්ෂික ස්ථාන මාරුවීම් සඳහා මෙයින් අයදුම්පත් කැඳවනු ලැබේ.

- හෙද සේවය
- පරිපූරක වෛද්‍ය සේවය (ඖෂධවේදී සේවය , වෛද්‍ය රසායනාගාර තාක්ෂණ විද්‍යාඥ සේවය භෞත චිකිත්සක සේවය ,විකිරණ ශිල්පී සේවය , වෘත්තීය චිකිත්සක සේවය)
- අතුරු වෛද්‍ය සේවය (ඖෂධ සංයෝජක සේවය , මහජන සෞඛ්‍ය රසායනාගාර තාක්ෂණ ශිල්පී සේවය , අක්ෂි තාක්ෂණවේදී සේවය , විද්‍යුත් මස්තිෂ්කරේඛණ ශිල්පී සේවය , පාසල් දන්ත චිකිත්සක සේවය,කීට විද්‍යා සහකාර,කීට විද්‍යා නිලධාරී,වාග් චිකිත්සක)
- වෛද්‍ය ලේඛන සහකාර
- මහජන සෞඛ්‍ය ක්ෂේත්‍ර නිලධාරි
- වාට්ටු ලිපිකරු
- පශු එන්නත්කරු

02. ඒ අනුව,

- ඇමුණුම අංක 01 - 2026 වර්ෂයට අදාල වාර්ෂික ස්ථාන මාරුවීම් වලට අදාළ පොදු කොන්දේසි
- ඇමුණුම අංක 02 - 2025.12.31 දිනට වසර 05ක් හෝ ඊට වඩා වැඩි සේවා කාලයක් එකම සේවා ස්ථානයක අදාළ තනතුරේ සේවය සම්පූර්ණ කරන නිලධරයන් විසින් ඉදිරිපත් කල යුතු අයදුම්පත්‍රය
- ඇමුණුම අංක 03 - 2025.12.31 දිනට වසර 02කට වඩා වැඩි වසර 05ට වඩා අඩු සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කර ඇති ස්ථාන මාරු අපේක්ෂා කරන නිලධරයන් විසින් ඉදිරිපත් කල යුතු අයදුම්පත්‍රය

055-4936288 | 055-4936300 | 055-4936297 | 055-4936293
Asst. Secretary (Admin) 055-4936292 | Asst. Secretary (Acc) 055-4936289 | Asst. Secretary (Medical) 055-4936291 | Administrative Officer 055-4936290
055-2222803 | 055-2224335 | healthuvpc@gmail.com | http://healthmin.uva.gov.lk

❖ ආකෘති පත්‍ර 01 - එකම සේවා ස්ථානයේ අදාළ තනතුරේ සේවය කරනු ලබන සියළුම නිලධරයන්ගේ විස්තර (අදාළ ආයතන ප්‍රධානිගේ නිර්දේශය සහිතව ඉදිරිපත් කල යුතු වේ)

❖ ආකෘති පත්‍ර අංක 2 - එකම සේවා ස්ථානයේ අදාළ තනතුරේ සේවය කරනු ලබන සේවා කාලය වසර 05ක් හෝ ඊට වඩා වැඩි සියළුම නිලධරයන්ගේ විස්තර (අදාළ ආයතන ප්‍රධානීගේ නිර්දේශය සහිතව ඉදිරිපත් කල යුතු වේ)

❖ ආකෘති පත්‍ර අංක 3 - එකම සේවා ස්ථානයේ අදාළ තනතුරේ සේවය කරනු ලබන සේවා කාලය වසර 02 – 05ත් අතර ස්ථාන මාරුවීම් ඉල්ලා ඇති නිලධරයන්ගේ විස්තර (අදාළ ආයතන ප්‍රධානීගේ නිර්දේශය සහිතව ඉදිරිපත් කල යුතු වේ)

03. එහිදී, ඇමුණුම් අංක 01හි සඳහන් ස්ථාන මාරු ලබා දීමේදි සලකා බලනු ලබන පොදු කොන්දේසි සැලකිල්ලට ගනිමින්, ඇමුණුම් අංක 02 හා ඇමුණුම් අංක 03 අනුව අදාල ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් ලබාගෙන, තනතුරු අනුව වෙන් වෙන් වශයෙන් වර්ගීකරණය කර ආකෘති පත්‍ර 02 හෝ 03ට ඇතුළත් කර එහි මෘදු පිටපතක් healthupc@gmail.com යන විද්‍යුත් ලිපිනයට යොමු කල යුතුය. තවද, සේවා ස්ථානයේ සේවය කරනු ලබන සියළුම නිලධාරින් පිළිබඳ තොරතුරු ආකෘති පත්‍ර 01 අනුව නිවැරදිව සකස් කර ඉහත තොරතුරු සමඟ 2025.08.30 දිනට පෙර මා වෙත යොමු කිරීමට ඔබ පෞද්ගලිකවම වගබලා ගත යුතුය.

04. එසේම, 2026 වාර්ෂික ස්ථාන මාරු සඳහා ඇතුළත්වන නිලධාරින් විසින් ඉටු කරනු ලබන රාජකාරි ඉටු කිරීම වෙනුවෙන් ඔබ ආයතනයේ සේවයේ නියුතු පළපුරුදු නිලධාරින් පුහුණු කර ගැනීම ආයතන ප්‍රධානීන් සතු අනිවාර්යය වගකීමක් වන බව සඳහන් කරන අතර, 2026 ස්ථාන මාරු නියෝග ලබන නිලධාරින් සේවා අවශ්‍යතාවය මත තවදුරටත් රඳවා ගැනීමට ඉල්ලුම් කිරීමෙන් වළකින ලෙසත්, ස්ථාන මාරු සඳහා ඉල්ලුම් කරන අය සේවා අවශ්‍යතාවය අනුව පළාත තුළ ඕනෑම සේවා ස්ථානයක සේවය සඳහා යෙදවීමට සිදුවන බවත් අවධාරණය කරමි.

05. එහිදී, ඉහත තනතුරු වලට අදාළ ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් වෙන් වෙන් වශයෙන් සම්පූර්ණ කර අදාළ ආයතන ප්‍රධානීන්ගේ නිර්දේශ සහිතව මෙම අමාත්‍යාංශය වෙත යොමු කල යුතු වේ.

06. එසේම, අසම්පූර්ණ ලෙස ඉදිරිපත් කරනු ලබන අයදුම්පත් ස්ථාන මාරු කිරීම සඳහා සලකා නොබලන බවත්, නියමිත පරිදි සම්පූර්ණ නොවූ අයදුම්පත් සම්බන්ධයෙන් ඇමුණුම් අංක 01 හි සඳහන් 02 වගන්තිය අනුව කටයුතු කරනු ලබන බවත් දැනුම් දෙමි. එබැවින් අයදුම්පත් යොමු කරනු ලබන නිලධාරින් වෙත ඒ පිළිබඳව උපදෙස් දෙන්නේ නම් මැනවි.

07. ඉහත ස්ථාන මාරු අයදුම්පත් සහ ආකෘති පත් healthmin.up.gov.lk යන වෙබ් අඩවියෙන්ද බාගත කරගත (Download) හැකි බව දන්වන අතර, එකම සේවා ස්ථානයේ අදාළ තනතුරේ වසර 05ට වැඩි සේවා කාලයක් හා වසර 05ට අඩු සේවා කාලයක් ඇති නිලධාරින්ගේ තොරතුරු අදාල තනතුරු අනුව වෙන් වෙන් වශයෙන් සකස් කර නියමිත දිනට පෙර එවිය යුතු බව වැඩිදුරටත් කාරුණිකව දන්වමි.

එච්.එම්.ජීවන්ත හේරත්
ලේකම්

පිටපත්

01. ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ,බදුල්ල/මොණරාගල - කාරු.අ.ක.ස

ඇමුණුම - 01

වාර්ෂික ස්ථාන මාරු කමිටු සඳහා පොදු කොන්දේසි - 2026 වර්ෂය වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ක්‍රියාත්මක කරනු ලබන 2025 දෙසැම්බර් 31 දින වනවිට පහත සුදුසුකම් සම්පූර්ණ කර තිබිය යුතුය.

01. ඌව පළාත තුළ සෞඛ්‍ය ආයතනයක එකම සේවා ස්ථානයේ අදාළ තනතුරේ වසර 05ක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කර ඇති අයදුම්පත් කැඳවා ඇති සේවාවල සියළුම නිලධරයන් ස්ථාන මාරුවීම් වලට අනිවාර්යෙන්ම යටත් වේ.

02. එසේ වසර 05ක සේවා කාලය සම්පූර්ණ කර විධිමත් පරිදි අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කර නොමැති අවස්ථාවකදී ස්ථාන මාරු නියෝග මගින් ලබා දෙනු ලබන සේවා ස්ථානයක් වෙත නිලධරයන් වාර්තා කළ යුතුය. එවැනි අවස්ථාවල අභියාචනා සලකා බලනු නොලැබේ.සේවා කාලය ගණනය කිරීමේදී එකම සෞඛ්‍ය ආයතනයක් තුළ අඛණ්ඩව සේවය කළ කාලය මුළු සේවා කාලයක් ලෙස ගණන් ගනු ලැබේ .

03. ඔබ විසින් අයදුම්පත්‍ර සම්පූර්ණ කිරීමේදි ස්ථාන මාරුවීමට අපේක්ෂා කරන ස්ථාන 05ම අනිවාර්යෙන්ම සඳහන් කල යුතුය. එසේ නොවන්නේ නම් ස්ථාන මාරු මණ්ඩලය විසින් තීරණය කරනු ලබන ස්ථානයකට ස්ථාන මාරු කරනු ලැබේ.

04. දැනට සේවය කරන සේවා ස්ථානයේම සේවය කිරීමට අපේක්ෂා කරන්නේ නම් එම සේවා ස්ථානය ඉල්ලුම් කිරීමට හැකියාවක් පවතින අතර ඔබ විසින් ස්ථාන මාරුවීමට අපේක්ෂා කරන ස්ථාන 05ම නම් කිරීම අනිවාර්යය වන අතර එහි වගකීම අදාළ නිලධරයන් විසින්ම දැරිය යුතුය.

05. ස්ථාන මාරුවීම් සඳහා ඉල්ලුම් කරන ඕනෑම නිලධරයකු තමන් සේවය කරන එකම සේවා ස්ථානයේ අදාළ තනතුරේ අවම වශයෙන් වසර 02ක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කර තිබිය යුතුය. එවැනි නිලධාරයන් ස්ථාන මාරු අයදුම් කලත් ස්ථාන මාරු ගැලපීම් වලදී පමණක් සැලකිල්ලට ගනු ලැබේ.

06. කිසියම් නිලධාරියෙකු ස්ථාන මාරුවලට යටත් වුවද, ස්වකීය වර්තමාන සේවා ස්ථානයේම සේවය කිරීමට ඇති අපේක්ෂාවෙන් ඉල්ලුම්පත් යොමු කළ ද, එම සේවා ස්ථානයට වෙනත් නිලධාරියෙකු ස්ථාන මාරු අයදුම් කර තිබේ නම්, එම ස්ථාන මාරුව ක්‍රියාත්මක කර, ස්ථාන මාරු අපේක්ෂා නොකරන නිලධාරියාව වෙනත් සේවා ස්ථානයකට ස්ථාන මාරු කරනු ඇත.

07. අභියාචනා මත අනුයුක්ත කර ඇති නිලධරයන් සම්බන්ධව සේවා කාලය ගණනය කිරීමේදී අනුයුක්ත ස්ථානයේ සේවා කාලය ස්ථිර සේවා ස්ථානයේ සේවා කාලය සේ සලකා කටයුතු කරනු ලබන අතර, මාරු මණ්ඩලය විසින් ස්ථාන මාරු නිර්දේශ කිරීමේදී වැඩිම සේවා කාලයක් ඇති ජ්‍යෙෂ්ඨතම නිලධරයන් ස්ථාන මාරු කිරීමට නිර්දේශ කරනු ලැබේ.

08. ආබාධිත දරුවන්, දීර්ඝ කාලීන අසනීප මත එක්තැන්ව සිටින කලත්‍රයන් සිටින නිලධරයන්ට මුහුණදීමට සිදු වන විසඳා ගත නොහැකි ගැටළු වැනි පිළිගත හැකි කරුණු සහිතව තම ආයතන ප්‍රධානියාගේ / ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ / ඌව පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ නිර්දේශයන් ද සමඟ ඉදිරිපත් කරන ඉල්ලීම් පිළිබඳව සලකා බැලිය හැකිය.

09. ස්ථාන මාරු සඳහා එවනු ලබන අයදුම්පත්‍ර මෙම ප්‍රතිපත්තියේ සඳහන් නියමිත ආකෘති පත්‍රය අනුව විය යුතු අතර, ඒවා ආයතන ප්‍රධානියාගේ / ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ / ඌව පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ නිර්දේශය සහිතව ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

10. ස්ථාන මාරු සඳහා අදාළ වන උපරිම වයස් සීමාව අවුරුදු 57කි. එසේ වුවත් නිලධරයන්ගේ ඉල්ලීම මත අවුරුදු 57න් ඔබ්බට වුවද ස්ථාන මාරු සිදු කළ හැකිය.

එච්.එම්.ජීවන්ත හේරත්
ලේකම්

ඇමුණුම 02

ඌව පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුවේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරුවීම - 2026 වර්ෂය

ඉල්ලුම් පත්‍රය

තනතුර :-...

දැනට සේවය කරන ස්ථානයේ වසර 05 ක් හෝ ඊට වැඩි සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කර ඇති සියලුම නිළධාරීන් මෙම ආකෘතිය සම්පූර්ණ කල යුතුය.

01. නිලධාරියාගේ සම්පූර්ණ නම :- ....
   I. දැනට සිටින සේවයේ නම :-..
   II. දැනට සිටින පන්තිය නැතහොත් ශ්‍රේණිය :- ....
   III. දැනට සිටින පන්තිය නැතහොත් ශ්‍රේණියට ඇතුළත් වූ දිනය:-......................................
   IV. මුල් පත්වීම් දිනය :-..

02. දැනට සේවය කරන ස්ථානය :- ....
   I. නව සේවා ස්ථානයට පැමිණි දිනය:- ....එහි සේවා කාලය:-......................

03.
   I. උපන් දිනය :- .... වයස :-............................
   II. ස්ත්‍රී / පුරුෂ භාවය :- ....
   III. දැනට පදිංචි දිස්ත්‍රික්කය: ....
   IV. ස්ථිර ලිපිනය:- ....
   V. ජංගම දුරකතන අංකය :- ....

04. විවාහක/අවිවාහක බව :- ....
   I. කලත්‍රයාගේ නම හා සේවා ස්ථානය :- ....
   II. දරුවන් ගණන :- ....
   III. දරුවන්ගේ වයස හා ඉගෙනුම ලබන පාසල :- ....

දරුවාගේ නම	වයස	ඉගෙනුම ලබන පාසල

05. මුල් පත්වීම් දිනයේ සිට මේ දක්වා (කණිෂ්ඨ සේවක,අනියම් හා තාවකාලික සේවා කාලය ඇතුළුව)

* (මෙම ආකෘතිය සම්පූර්ණ කිරීමේදී කාර්ය ස්ථාන ඉතා වැදගත් බව අවධාරනය කෙරේ.මෙහි ඉඩ ප්‍රමාණවත් නොවේ නම්,මෙයට ඇමුණුමක් ඇතුලත් කරන්න.)

දැරූ තනතුර	සේවා ස්ථානය හා ලිපිනය	සේවා කාලය		මුළු කාලය
		සිට	දක්වා	

*අසම්පූර්ණ සාවද්‍ය තොරතුරු සැපයීම දඩුවම් ලැබිය යුතු වරදක් බව සලකන්න.

06.මාරුවීමට අපේක්ෂා කරන සෞඛ්‍ය / ආයතනය

	නිලධාරියා මාරුවීමට කැමති සෞඛ්‍ය ආයතන 05ක් කැමැත්ත අනුව පිළිවෙලින් සඳහන් කරන්න	අපේක්ෂිත නගරය
01		
02		
03.		
04.		
05.		

ඉහත දක්වා ඇති තොරතුරු සත්‍ය බව සහතික කරමි. මා විසින් ඉහතින් සඳහන් කර ඇති තොරතුරු අසත්‍ය බව ඔප්පු වුවහොත් මා හට විරුද්ධව විනයානුකූලව කටයුතු කළ හැකි බව පිළිගනිමි.

....

දිනය

....

අයදුම්කරුගේ අත්සන

ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය

අයදුම්කරු/කාරිය සුදුසු අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව නිදහස් කල හැකිය/නොහැකිය. ඉල්ලුම් පත්‍රය නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.(අනුප්‍රාප්තිකයෙකු රහිතව නිදහස් කරන්නේ නම් හේතු සඳහන් කරන්න.)

....

....

දිනය:-..........................

ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන

ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ නිර්දේශය

ඉහත තොරතුරු පෞද්ගලික ලිපිගොනුවට අනුව නිවැරදි බවත්, මෙම අයට විරුද්ධව විනයානුකූලව කටයුතු කරන/නොකරන බවත් සහතික කරමි.

අයදුම්කරු/කාරිය සුදුසු අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව නිදහස් කළ හැකිය/නොහැකිය.ඉල්ලුම් පත්‍රය නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.(අනුප්‍රාප්තිකයෙකු රහිතව නිදහස් කරන්නේ නම් හේතු සඳහන් කරන්න.)

....

....

....

දිනය

ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ අත්සන

පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂකගේ අනුමැතිය

අයදුම්කරු/කාරිය සුදුසු අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව නිදහස් කල හැකිය/නොහැකිය. ඉල්ලුම් පත්‍රය අනුමත කරමි/නොකරමි. (අනුප්‍රාප්තිකයෙකු රහිතව නිදහස් කරන්නේ නම් හේතු සඳහන් කරන්න.)

....

....

....

....

දිනය

ඌව පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂකගේ අත්සන

ඇමුණුම 03

ඌව පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුවේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරුවීම - 2026 වර්ෂය

ඉල්ලුම් පත්‍රය

තනතුර :-...

(දැනට සේවය කරන ස්ථානයේ වසර 02-05ත් අතර සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කර ඇති ස්ථාන මාරු අපේක්ෂා කරන නිලධාරීන් මෙම ආකෘතිය සම්පූර්ණ කල යුතුය.)

01. නිලධාරියාගේ සම්පූර්ණ නම :- ....

02.(1) දැනට සිටින සේවයේ නම :-...

(II) දැනට සිටින පන්තිය නැතහොත් ශ්‍රේණිය :- ....

(III) දැනට සිටින පන්තිය නැතහොත් ශ්‍රේණියට ඇතුළත් වූ දිනය:-...

(IV) මුල් පත්වීම් දිනය :-... ..

03.(I) දැනට සේවය කරන ස්ථානය :- ....

(ii) නව සේවා ස්ථානයට පැමිණි දිනය :- ....

(iii) එහි සේවා කාලය :- ....

04.(i) උපන් දිනය :- .... වයස :-...........................

(ii) ස්ත්‍රී / පුරුෂ භාවය :- ....

(iii) දැනට පදිංචි දිස්ත්‍රික්කය: ....

(iv) ස්ථිර ලිපිනය:- ....

(v) ජංගම දුරකතන අංකය :- ....

05.(අ) විවාහක/අවිවාහක බව :- ....

(i) දරුවන් ගණන :- ....

(ii) දරුවන්ගේ වයස හා ඉගෙනුම ලබන පාසල :- ....

(iii) කාලත්‍රයාගේ නම හා සේවා ස්ථානය :-...

දරුවාගේ නම	වයස	ඉගෙනුම ලබන පාසල

06. මුල් පත්වීම් දිනයේ සිට මේ දක්වා (කණිෂ්ඨ සේවක,අනියම් හා තාවකාලික සේවා කාලය ඇතුළුව) (මෙම ආකෘතිය සම්පූර්ණ කිරීමේදී කාර්ය ස්ථාන ඉතා වැදගත් බව අවධාරනය කෙරේ.මෙහි ඉඩ ප්‍රමාණවත් නොවේ නම්,මෙයට ඇමුණුමක් ඇතුලත් කරන්න.)

දැරූ තනතුර	සේවා ස්ථානය හා ලිපිනය	සේවා කාලය		
		සිට	දක්වා	මුළු කාලය

*අසම්පූර්ණ සාවද්‍ය තොරතුරු සැපයීම දඬුවම් ලැබිය යුතු වරදක් බව සලකන්න.

07. මාරුවීමට අපේක්ෂා කරන සෞඛ්‍ය / ආයතනය

	නිලධාරියා මාරුවීමට කැමති සෞඛ්‍ය ආයතන 05ක් කැමැත්ත අනුව පිළිවෙලින් සඳහන් කරන්න	අපේක්ෂිත නගරය
01		
02		
03.		
04.		
05.		

08. ඉල්ලුම් කිරීමට හේතු

01	
02	
03	

ඉහත දක්වා ඇති තොරතුරු සත්‍ය බව සහතික කරමි. මා විසින් ඉහතින් සඳහන් කර ඇති තොරතුරු අසත්‍ය බව ඔප්පු වුවහොත් මා හට විරුද්ධව විනයානුකූලව කටයුතු කළ හැකි බව පිළිගනිමි.

....
දිනය

....
අයදුම්කරුගේ අත්සන

ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය

අයදුම්කරු/කාරිය සුදුසු අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව නිදහස් කල හැකිය/නොහැකිය. ඉල්ලුම් පත්‍රය නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.(අනුප්‍රාප්තිකයෙකු රහිතව නිදහස් කරන්නේ නම් හේතු සඳහන් කරන්න.)

....

....
දිනය

....
ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන

ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ නිර්දේශය

ඉහත තොරතුරු පෞද්ගලික ලිපිගොනුවට අනුව නිවැරදි බවත්, මෙම අයට විරුද්ධව විනයානුකූලව කටයුතු කරන/නොකරන බවත් සහතික කරමි.

අයදුම්කරු/කාරිය සුදුසු අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව නිදහස් කළ හැකිය/නොහැකිය.ඉල්ලුම් පත්‍රය නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.(අනුප්‍රාප්තිකයෙකු රහිතව නිදහස් කරන්නේ නම් හේතු සඳහන් කරන්න.)

....

....
දිනය

....
ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ අත්සන

පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂකගේ අනුමැතිය

අයදුම්කරු/කාරිය සුදුසු අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව නිදහස් කල හැකිය/නොහැකිය. ඉල්ලුම් පත්‍රය අනුමත කරමි/නොකරමි. (අනුප්‍රාප්තිකයෙකු රහිතව නිදහස් කරන්නේ නම් හේතු සඳහන් කරන්න.)

....

....
දිනය

....
ඌව පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂකගේ අත්සන

ආකෘති පත්‍ර 01

ඌව පළාත් රාජ්‍ය සේවයේ සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුවේ සේවයේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරුවීම් - 2026

සේවා ස්ථානයේ සේවය කරනු ලබන සියලුම නිලධරයන්ගේ විස්තර මෙහි අනිවාර්යයෙන්ම ඇතුළත් විය යුතු බව සළකන්න. (තනතුරු අනුව වෙන් වෙන් ලෙස 2025.12.31 දිනට වැඩිම සේවා කාළයක් ඇති නිළධාරීන්ගේ නම් මුලින්ම ඇතුළත් විය යුතු බව සලකන්න)

ආයතනය :-

තනතුර :-

අ අ	නිලධාරියාගේ නම මයා/මිය/මෙය යන්න සඳහන් කරන්න	ශ්‍රේණිය හා පත්වීම් ලැබූ මාධ්‍යය	වර්තමාන සේවා ස්ථානයට වාර්තා කළ දිනය	වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ සේවා කාලය 2025.12.31 දිනට	උපන් දිනය හා 2025.12.31 දිනට වයස	ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය	දැනට පදිංචි ප්‍රදේශය හා ලිපිනය

සකස් කළේ -

නම - ....

අත්සන - ....

පරීක්ෂා කළේ -

නම - ....

අත්සන - ....

මෙම ආයතනයේ / කාර්යාලයේ සේවයේ නියුතු වාර්සික ස්ථාන මාරු සඳහා ඉල්ලුම්පත් ඉදිරිපත් කළ හා නොකළ,

I. සියළුම නිලධාරීන් පිළිබඳ විස්තර මෙම ලේඛනයට ඇතුලත් කර ඇති බව හා එම තොරතුරු නිවැරදි බවට සෑහීමට පත්වීමෙන් අනතුරුව සහතික කරමි.

II. සාවද්‍ය තොරතුරු සැපයීම සම්බන්ධයෙන් අදාල විනය බලධාරියාට වාර්තා කිරීමට සිදුවිය හැකි බවද සැලකිල්ලට ගනිමින් සහතික කරමි.

දිනය - ....

ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන

නිලමුද්‍රාව

ආකෘති පත්‍ර 02

ඌව පළාත් රාජ්‍ය සේවයේ සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තු සේවයේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරුවීම් - 2026

තනතුර ....

සේවා ස්ථානයේ සේවය කරනු ලබන වසර 05ට වැඩි සේවා කාළයක් සම්පූර්ණ කර ඇති නිලධරයන්ගේ විස්තර (තනතුරු අනුව 2025.12.31 දිනට වැඩිම සේවා කාළයක් ඇති නිළධාරීන්ගේ නම් මුලින්ම ඇතුළත් විය යුතු බව සලකන්න)

ආයතනය:-

අ අ	නිලධාරියාගේ නම මයා/මිය/මෙය යන්න සඳහන් කරන්න	ශ්‍රේණිය හා පත්වීම් ලැබූ මාධ්‍යය	මුල් පත්වීම් දිනය	වර්තමාන සේවා ස්ථානයට වාර්තා කළ දිනය	වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ සේවා කාලය 2025.12.31 දිනට	උපන් දිනය හා 2025.12.31 දිනට වයස	ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය	දැනට පදිංචි ප්‍රදේශය හා ලිපිනය	ස්ථාන මාරු අපේක්ෂිත සේවා ස්ථාන				
									1	2	3	4	5

සකස් කළේ -
නම - ....
අත්සන - ....

පරීක්ෂා කළේ -
නම - ....
අත්සන - ....

සියළුම රෝහල් / ආයතන / කාර්යාලයන්හි අවුරුදු 05 ට වඩා වැඩි සේවා කාලයක් ඇති වාර්ෂික ස්ථාන මාරුවීම් සඳහා ඉල්ලුම්පත් ඉදිරිපත් කළ හා නොකළ ,

I. නිලධාරීන් පිළිබඳ විස්තර මෙම ලේඛනයට ඇතුලත් කර ඇති බව හා එම තොරතුරු නිවැරදි බවට සෑහීමට පත්වීමෙන් අනතුරුව සහතික කරමි.

II. සාවද්‍ය තොරතුරු සැපයීම සම්බන්ධයෙන් අදාල විනය බලධාරියාට වාර්තා කිරීමට සිදුවිය හැකි බවද සැලකිල්ලට ගනිමින් සහතික කරමි.

දිනය - ....

ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන
නිලමුද්‍රාව

ඌව පළාත් රාජ්‍ය සේවයේ සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුවේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරුවීම් - 2026

තනතුර ....

සේවා ස්ථානයේ සේවය කරනු ලබන වසර 02-05 අතර ස්ථාන මාරුවීම් ඉල්ලා ඇති නිලධරයන්ගේ විස්තර (තනතුරු අනුව 2025.12.31 දිනට වැඩිම සේවා කාළයක් ඇති නිළධාරීන්ගේ නම් මුලින්ම ඇතුළත් විය යුතු බව සලකන්න)

ආයතනය:-

අ අ	නිලධාරියාගේ නම මයා/මිය/මෙය යන්න සඳහන් කරන්න	ශ්‍රේණිය හා පත්වීම් ලැබූ මාධ්‍යය	මුල් පත්වීම් දිනය	වර්තමාන සේවා ස්ථානයට වාර්තා කළ දිනය	වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ සේවා කාලය 2025.12.31 දිනට	උපන් දිනය හා 2023.12.31 දිනට වයස	ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය	දැනට පදිංචි ප්‍රදේශය හා ලිපිනය	ස්ථාන මාරු අපේක්ෂිත සේවා ස්ථාන				
									1	2	3	4	5

සකස් කළේ -

නම - ....

අත්සන - ....

පරීක්ෂා කළේ -

නම - ....

අත්සන - ....

සියළුම රෝහල් / ආයතන / කාර්යාලයන්හි අවුරුදු 02-05 අතර සේවා කාලයක් ඇති වාර්ෂික ස්ථාන මාරුවීම් සඳහා ඉල්ලුම්පත් ඉදිරිපත් කළ,

I. නිලධාරීන් පිළිබඳ විස්තර මෙම ලේඛනයට ඇතුලත් කර ඇති බව හා එම තොරතුරු නිවැරදි බවට සෑහීමට පත්වීමෙන් අනතුරුව සහතික කරමි.

II. සාවද්‍ය තොරතුරු සැපයීම සම්බන්ධයෙන් අදාල විනය බලධාරියාට වාර්තා කිරීමට සිදුවිය හැකි බවද සැලකිල්ලට ගනිමින් සහතික කරමි.

දිනය - ....

ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන

නිලමුද්‍රාව