

ඔබේ අංකය :-.....

නම :-.....

ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :-.....

තනතුර :-

සේවා ස්ථානයේ ලිපිනය :-.....

දිනය :-

..... මගින්

..... මගින්

ඌව පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ

**2026 වාර්ෂික ස්ථාන මාරුව පිළිබඳ ඌව පළාත් සභා රාජ්‍ය සේවයේ
සේවයේ නිලධාරියෙකු/සේවකයෙකු විසින් කරනු ලබන අභියාචනය**

ඔබේ අංක හා දිනැති ලිපිය අනුව 2026 වර්ෂයේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ලේඛනය මගින්ට 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 :-.....

.....
දිනය

.....
නිලධාරියාගේ අත්සන

ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය

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

දිනය

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