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./2027 ඔබේ අංකය / Your No. ..... දිනය / Date 2026.11. 25

ප්‍රාදේශිය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ,
බදුල්ල/මොනරාගල,

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

සියළුම ආයතන ප්‍රධානීන් වෙත

ඌව පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුවේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු - 2027 වර්ෂය
අතුරු ස්ථාන මාරු ලේඛනය

ඌව පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුව යටතේ පවතින සියළුම සෞඛ්‍ය ආයතන වල සේවයේ නියුතු, පහත සඳහන් තනතුරු වල සේවයේ නියුතු නිලධරයන්ගේ, 2027 වර්ෂයට අදාළ අතුරු ස්ථාන මාරු ලේඛනය මේ සමග ඉදිරිපත් කරමි.

- මහජන සෞඛ්‍ය පරීක්ෂක
- සෞඛ්‍ය රියදුරු
- සෞඛ්‍ය කාර්ය සහායක (සාමාන්‍ය
- සෞඛ්‍ය කාර්ය සහායක (කණිෂ්ඨ)

02. මෙම අතුරු ස්ථාන මාරු ලේඛනය හා පූරප්පාඩු ලේඛනය www.healthdept.up.gov.lk යන වෙබ් ලිපිනයෙන් බාගත කරගත (Download) හැකි බව කාරුණිකව දන්වා සිටිමි.

03. ඒ අනුව, වාර්ෂික ස්ථාන මාරු සම්බන්ධයෙන් අභියාචනා ඉදිරිපත් කරන්නේ නම් මේ සමග අමුණා ඇති ආකෘතිය ප්‍රකාරව අභියාචනයක් සකස් කර, 2026.12.10 දිනට පෙර ආයතන ප්‍රධානීගේ සහ ප්‍රාදේශිය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ නිර්දේශය සහිතව මා වෙත ඉදිරිපත් කළ යුතු බවත්, එදිනට පසුව ලැබෙන අභියාචනා ප්‍රතික්ෂේප කරනු ලබන බවත් වැඩිදුරටත් දන්වා සිටිමි.

විශේෂඥ වෛද්‍ය ඩබ්.ආර්.එම්.මහේන්ද්‍ර සෙනෙවිරත්න
ඌව පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ

ඩබ්ලිව්.ආර්.එම්. මහේන්ද්‍ර සෙනෙවිරත්න
MBBS.MSC,MD Medical Adiministration
පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ
ඌව පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුව - බදුල්ල

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

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

ඔබේ අංකය :- .....

නම :- ....

ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :- .....

තනතුර :- .....

ලිපිනය :- .....

දිනය:- .....

..... ආයතන ප්‍රධානියා මගින්,

..... ප්‍රාදේශිය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ මගින්,

..... ඌව පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ

<u>යෝජිත වාර්ෂික ස්ථාන මාරුව සම්බන්ධයෙන් කරුණු දැක්වීම</u>

ඔබේ අංක ..... හා ..... දිනැති ලිපිය/යෝජිත වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ලේඛනය මගින් මා ..... ට ස්ථාන මාරු කිරීමට යෝජිත බව දන්වා ඇත.

02. පහතින් විස්තර කරනු ලබන කරුණු මත එම යෝජිත ස්ථාන මාරුව අවලංගු කරන ලෙස/ සංශෝධනය කරන ලෙස/ නැවත සලකා බලන ලෙස ඌව පළාත් රාජ්‍ය සේවයේ කාර්ය පටිපාටික රීති සංග්‍රහයෙහි XVIII පරිච්ඡේදයේ 253 (V) වනක උපවගන්තිය ප්‍රකාරව ඔබගෙන් කාරුණිකව ඉල්ලා සිටිම.

2.1.....
.....

2.2.....
.....

2.3.....
.....

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

3.1.....
3.2.....
3.3.....

04. මාගේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරුව පහත සඳහන් සේවා ස්ථානයකට ලබා දෙන ලෙස ද ඉල්ලමි.

පළමු මනාපය : .....

දෙවන මනාපය : .....

තෙවන මනාපය : .....

....

අත්සන දිනය

ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය :-

..... විසින් ඉහතින් දක්වා ඇති කරුණු සත්‍ය බවට සෑහීමකට පත්වෙමි/නොවෙමි. ඉල්ලිම ඉටු කිරීම නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.

දිනය : ....

ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන (නිලමුද්‍රාව)

ප්‍රාදේශිය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ නිර්දේශය :-

..... විසින් ඉහතින් දක්වා ඇති කරුණු සත්‍ය බවට සෑහීමකට පත්වෙමි/නොවෙමි. ඉල්ලිම ඉටු කිරීම නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.

දිනය : ....

ප්‍රාදේශිය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ අත්සන (නිලමුද්‍රාව)

දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය :-

..... විසින් ඉහතින් දක්වා ඇති කරුණු සත්‍ය බවට සෑහීමකට පත්වෙමි/නොවෙමි. ඉල්ලිම ඉටු කිරීම නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.

දිනය : ....

දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ අත්සන (නිලමුද්‍රාව)

අභියාචනා මණ්ඩලයේ තීරණය

.....

සභාපති .....

1. සාමාජික .....
2. සාමාජික .....
3. සාමාජික .....