ඡායාරූපය
මෙහි අලවන්න

වයඹ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුව

රාජකාරී හැඳුනුම්පතක් සඳහා අයදුම්පත

රාජකාරී හැඳුනුම්පතක් අයදුම් කරනුයේ පළමු වතාවට ☐ සංශෝදනයක් සඳහා ☐

අස්ථානගතවීම ☐

අයදුම්පත පිරවීම සඳහා උපදෙස්

අ. වයඹ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුවේ ස්ථීර රැකියාවක සේවයේ නියුතු කාර්යමණ්ඩලය සඳහා පමණක් රාජකාරී හැඳුනුම්පතක් නිකුත් කරණු ලැබේ.

ආ. නිල ඇඳුම් හිමි නිළධාරීන් නිළ ඇඳුමින් සැරසී ද නිල ඇඳුම් නොමැති නිළධාරීන් කාර්යාලයට උචිත අඳුමකින් සැරසී ද ලබා ගත් 3.5cm x 4.5cm ප්‍රමාණයේ උඩුකය ඡායාරූපයක් නියමිත ස්ථානයේ අලවා සහ අනෙක් ඡායාරූපය අයදුම්පතට අමුණා ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

1. වර්තමාන සේවා ස්ථානය : .....

2. ඉල්ලුම්කරුගේ සම්පූර්ණ නම: (ජාතික හැඳුනුම්පත අනුව)

.....

.....

3. හැඳුනුම් පතෙහි සඳහන් විය යුතු නම
(නිස් ඉඩ සහිතව උපරිම අකුරු 29කි,
ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරින්)

4. තනතුර .....

5. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය
(සහතික කළ පිටපතක් ඇමිණිය යුතුය)

6. මීට පෙර මෙම දෙපාර්තමේන්තුවේ රාජකාරී හැඳුණුම් පතක් ලබා ගෙන ඇති නම් , එහි අංකය : ☐☐☐
-> සංශෝදනයක් නම් පැරණි හැඳුනුම්පත අයදුම්පත සමඟ ඉදිරිපත් කරන්න
-> ලබාගෙන නැතිවී ඇත් නම්, පොලිස් පැමිණිලි පිටපතක් ඉදිරිපත් කරන්න

ඉහත සඳහන් කර ඇති තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට ප්‍රකාශ කරමි

දිනය: 20...../...../..... .....
අයදුම්කරුගේ අත්සන

ආයතන ප්‍රධානිගේ නිර්දේශය

ඉහත නමින් සඳහන් නිලධාරී/ නිළධාරිණිය මෙම ආයතනයේ ..... දින සිට ..... තනතුරේ සේවය කරන බවත් නිල හැඳුනුම්පතක් සඳහා වන අයදුම් පත නිර්දේශ කර ඉදිරිපත් කරමි .

.....
(නිල මුද්‍රාව) ආයතන ප්‍රධානී අත්සන

පුද්ගලික ලිපිගොනු භාර නිළධාරීගේ සටහන්

ඉහත නමින් සඳහන් නිලධාරී/ නිළධාරිණිය සඳහන් කර ඇති තොරතුරු ඔහුගේ/ඇයගේ පුද්ගලික ලිපිගොනුවෙහි සඳහන් තොරුතුරු අනුව නිවැරදි බවත් ස්ථිර තනතුරක් දරණ බවත් සහතික කරමි .

.....

(නිල මුද්‍රාව) **පරිපාලන නිලධාරී/**
පෞද්ගලික ලිපි ගොනු භාර නිලධාරී අත්සන

ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂකගේ නිර්දේශය

නිර්දේශ කර ඉදිරිපත් කරමි .....

(නිල මුද්‍රාව) **ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ**

.....

7. **පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ කාර්යාලයට ලැබුනු දිනය :** 20...../...../.....

8. **අනුක්‍රමික අංකය:** | | | | | |

9. **සම්මත තනතුරු ලේඛනය අනුව තනතුර :**
(ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරින්)

පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂකගේ අනුමැතිය :

අනුමත කරමි/නොකරමි

දිනය: 20...../...../..... .....

පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ
(නිල මුද්‍රාව)

10. **හැඳුනුම්පත නිකුත් කළ දිනය:** 20...../...../.....