

ආදර්ශ අයදුම්පත්‍රය

නැගෙනහිර පළාත් ආයුර්වේද දෙපාර්තමේන්තුවේ ආයුර්වේද රෝහල්වල වෛද්‍ය අධිකාරී (ආයුර්වේද) තනතුරට බඳවා ගැනීම සඳහා වන ව්‍යුහගත සම්මුඛ පරීක්ෂණය - 2025

භාෂා මාධ්‍යය

සිංහල - S දෙමළ - T

(අදාළ ඉංග්‍රීසි අක්ෂරය කොටුව තුළ ලියන්න)

ස්ථීර පදිංචි දිස්ත්‍රික්කය :

1.0 i. නිලධාරියාගේ නම : Rev/Mr/Mrs/Miss

ii. වර්තමාන සේවා ස්ථානය හා ලිපිනය :

.....

.....

iii. දැනට දරන තනතුර :

iv. සේවය හා ශ්‍රේණිය :

v. ස්ථීර ලිපිනය :

(සිංහලෙන්/දෙමළෙන්)

vi. ස්ත්‍රී / පුරුෂ භාවය :

vii. උපන් දිනය :

viii. 2025.06.16 දිනට වයස :

ix. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :

x. දුරකතන අංකය :

පොද්ගලික :..... රාජකාරි :.....

xi. මුල් පත්වීම් දිනය :

xii. සේවය ස්ථීර කළ දිනය :

xiii. I ශ්‍රේණියට උසස් වූ දිනය :

xiv. ශ්‍රී.ලං.ආ.වෛ.සේ. I ශ්‍රේණියේ සේවා කාලය තුළ ලබා ඇති වැටුප් රහිත නිවාඩු පිළිබඳ විස්තර :

සිට	දක්වා	අවුරුදු	මාස	දින
.....				
.....				
.....				

xv. අයදුම්පත් භාරගන්නා අවසාන දිනට I ශ්‍රේණියේ සක්‍රීය සේවා කාලය :

අවු මාස දින

xvi. අධ්‍යාපන සුදුසුකම් :

ලබා ඇති උපාධි/ පශ්චාත් උපාධි/ පශ්චාත් උපාධි ඩිප්ලෝමා	විෂය ක්ෂේත්‍රය	විශ්ව විද්‍යාලය/ පුහුණු ආයතනය	වලංගු දිනය

xvii. ශ්‍රී ලංකා ආයුර්වේද වෛද්‍ය සේවයේ සේවා කාලය තුළ ලබා ඇති සේවා පළපුරුද්ද පිළිබඳ විස්තර:

දරන ලද තනතුර	ආයතනය	සේවය කළ කාල සීමාව	
		සිට	දක්වා

xviii. වාර්ෂික කාර්යය සාධන ඇගයුම :

අයදුම්පත් භාරගන්නා අවසන් දිනට පූර්වාසන්න වර්ෂ 5 තුළ ලබා ඇති කාර්යය සාධන මට්ටම් පිළිබඳ විස්තර (අදාළ නොවන වචන කපා හරින්න)

වර්ෂය	ලබා ඇති කාර්යය සාධන මට්ටම්
2020	විශිෂ්ට/ සාමාන්‍ය ප්‍රමාණයට වඩා ඉහළ/ සතුටුදායක
2021	විශිෂ්ට/ සාමාන්‍ය ප්‍රමාණයට වඩා ඉහළ/ සතුටුදායක
2022	විශිෂ්ට/ සාමාන්‍ය ප්‍රමාණයට වඩා ඉහළ/ සතුටුදායක
2023	විශිෂ්ට/ සාමාන්‍ය ප්‍රමාණයට වඩා ඉහළ/ සතුටුදායක
2024	විශිෂ්ට/ සාමාන්‍ය ප්‍රමාණයට වඩා ඉහළ/ සතුටුදායක

xix. පුහුණු පාඨමාලා පිළිබඳ තොරතුරු :

පුහුණු පාඨමාලාව	පාඨමාලා කාලය	පුහුණු ආයතනය

2.0 අයදුම්කරුගේ සහතිකය

(අ) මෙම ඉල්ලුම්පත්‍රයේ මවිසින් සපයා ඇති තොරතුරු මා දන්නා තරමින් සත්‍ය හා නිවැරදි බව ගෞරවයෙන් ප්‍රකාශ කර සිටිමි. මෙහි යම් කොටස් සම්පූර්ණ නොකිරීමෙන් සහ/හෝ වැරදි ලෙස සම්පූර්ණ කිරීමෙන් සිදුවිය හැකි අලාභය විඳදුරා ගැනීමට එකඟ වෙමි. තවද මෙහි සියළුම කොටස් නිවැරදිව සම්පූර්ණ කර ඇති බව ද ප්‍රකාශ කරමි.

(ආ) තවද, ව්‍යුහගත සම්මුඛ පරීක්ෂණය පැවැත්වීම සම්බන්ධයෙන් පළාත් රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා ලේකම් විසින් පනවනු ලබන නීතිරීතිවලට මම යටත් වන බවද ප්‍රකාශ කරමි.

(ඇ) මෙහි සඳහන් කිසිදු තොරතුරක් පසුව වෙනස් නොකරමි.

දිනය: අයදුම්කරුගේ අත්සන

3.0 දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය

.....මහතා/ මහත්මිය/ මෙහෙවියගේ අයදුම්පත නිර්දේශ කර ඉදිරිපත් කරමි. ඔහු/ඇය උක්ත තනතුර සඳහා තෝරා ගතහොත් මෙම දෙපාර්තමේන්තුවේ සේවයෙන් නිදහස් කළ හැකි බවද දන්වමි.

දිනය : දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ අත්සන

නම :
තනතුර :
ලිපිනය :
(නිල මුද්‍රාවෙන් සනාථ කරන්න.)

4.0 අමාත්‍යාංශ ලේකම්ගේ නිර්දේශය

.....මහතා/ මහත්මිය/ මෙහෙවියගේ අයදුම්පත නිර්දේශ කර ඉදිරිපත් කරමි. ඔහු/ඇය උක්ත තනතුර සඳහා තෝරා ගතහොත් මෙම දෙපාර්තමේන්තුවේ/පළාත් සභාවේ සේවයෙන් නිදහස් කළ හැකි බවද දන්වමි.

දිනය : අමාත්‍යාංශ ලේකම්ගේ අත්සන

නම :
තනතුර :
ලිපිනය :
(නිල මුද්‍රාවෙන් සනාථ කරන්න.)

5.0 ආයුර්වේද කොමසාරිස් / පළාත් ප්‍රධාන ලේකම්ගේ නිර්දේශය

.....මහතා/ මහත්මිය/ මෙනෙවියගේ අයදුම්පත නිර්දේශ කර ඉදිරිපත් කරමි. ඔහු/ඇය උක්ත තනතුර සඳහා තෝරා ගතහොත් මෙම දෙපාර්තමේන්තුවේ/පළාත් සභාවේ සේවයෙන් නිදහස් කළ හැකි බවද දන්වමි.

දිනය :

.....
අත්සන

නම :

තනතුර :

ලිපිනය :

(නිල මුද්‍රාවෙන් සනාථ කරන්න.)