

බස්නාහිර පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුව

..... තනතුර (PL-3) සඳහා වන පළමුවන කාර්යක්ෂමතා කඩඉම් පරීක්ෂණය - 2024

1. අ. මුලකුරු සමග නම :
ආ. සම්පූර්ණ නම :
.....

2. අ. තනතුර හා ශ්‍රේණිය:
ආ. අදාළ ශ්‍රේණියට පත්වූ දිනය: ලිපි අංකය:
ඇ. අන්තර්ග්‍රහණයට අදාළ ලිපිය ලැබී තිබේ ද? (ඔව් / නැත)
ඔව් නම් එහි සහතික කළ පිටපතක් අමුණන්න.
(2016.02.19 දිනට පෙර පත්වීම් ලද අයදුම්කරුවන් සඳහා පමණි)

3. අ. වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ ලිපිනය:
ආ. දිස්ත්‍රික්කය :

4. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :

5. ස්ත්‍රී / පුරුෂ භාවය : ස්ත්‍රී ☐ පුරුෂ ☐

6. ඔබ පරීක්ෂණයට පෙනීසිටින මාධ්‍ය : සිංහල ☐ දෙමළ ☐ ඉංග්‍රීසි ☐

7. දුරකථන අංකය

අ. කාර්යාලය :

ආ. පෞද්ගලික :

8. අ. ඔබ මෙම විභාගයට පෙනී සිටින්නේ ප්‍රථම වතාවටද? ඔව්/ නැත
ආ. ප්‍රථම වතාවට නොවේ නම්, පහත දක්වා ඇති තොරතුරු සපයන්න.

පෙනී සිටි වර්ෂය	පෙනී සිටි විෂයයන්	අදාළ ප්‍රතිඵල

* අදාළ විභාග ප්‍රතිඵල සහතිකවල සහතික කළ පිටපතක් අමුණන

9. මෙවර පෙනී සිටීමට බලාපොරොත්තු වන විෂයන් ඉදිරියෙන් (V) ලකුණ යොදන්න.

- ආයතන කාර්ය පරිපාටිය හා බස්නාහිර පළාත් මූල්‍ය රීති ☐
(සිතමා යන්ත්‍ර ක්‍රියාකරු, වීදුලි කාර්මික)
- ආයතන කාර්ය පරිපාටිය, බස්නාහිර පළාත් මූල්‍ය රීති සහ විෂය දැනුම ☐
(සෞඛ්‍ය රියදුරු)

10. අ. මෙම අයදුම්පත්‍රයේ සඳහන් කර ඇති මාගේ දැනීම හා විශ්වාසයේ හැටියට සත්‍ය හා නිවැරදි බවත්,
ආ. මෙම පරීක්ෂණය සඳහා අයදුම්පත් කැඳවූ දිනයේ ප්‍රකාර මා විභාගයට පෙනී සිටීමට නුසුදුසු බව
පෙනී ගියහොත් පරීක්ෂණයට පෙර හෝ පරීක්ෂණය පැවැත්වෙද්දී හෝ ඉන් පසුව හෝ විභාග
අපේක්ෂකත්වය අවලංගු කළ හැකි බව මා දන්නා බවත්, මෙයින් ප්‍රකාශ කරමි.

දිනය :

.....

අයදුම්කරුගේ අත්සන

11. ආයතන ප්‍රධානියාගේ සහතිකය:

..... මයා/ මිය/ මෙය බස්නාහිර පළාත් රාජ්‍ය
සේවයේ වශයෙන් දින සිට මෙම
ආයතනයේ සේවය කරන බවත්, අදාළ තනතුරේ ශ්‍රේණියට දින සිට
පත් වී ඇති බවත්, අයදුම්පතේ සඳහන් කර ඇති තොරතුරු සියල්ල පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව
පරීක්ෂා කළ බවත්, එම තොරතුරු නිවැරදි බවත්, මෙම විභාගයට නියමිත සුදුසුකම් අයදුම්කරු සපුරා
ඇති බවත්, විභාගයට පෙනී සිටින්නේ ප්‍රථම වතාවට බවත්/ නොවන බවත්,
වැනි දින ඔහු/ ඇය මා ඉදිරිපිට අත්සන් කළ බවත් මෙයින් සහතික කරමි.

දිනය :-

.....

ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන

(නිල මුද්‍රාව තබන්න)

12. ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ නිර්දේශය:

මෙම අයදුම්පත මවිසින් නිර්දේශ කර අවශ්‍ය කටයුතු සඳහා ඉදිරිපත් කරමි.

දිනය :-

.....

ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ අත්සන

(නිල මුද්‍රාව තබන්න)

13. පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ නිර්දේශය:

ඒ අනුව මෙම අයදුම්පත මවිසින් ද නිර්දේශ කර අවශ්‍ය කටයුතු සඳහා ඉදිරිපත් කරමි.

දිනය :-

.....

පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ අත්සන

(නිල මුද්‍රාව තබන්න)