

බස්නාහිර පළාත් රාජ්‍ය සේවයේ සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුව

..... තනතුරට බලවා ගැනීම

(කාර්යාලීය ප්‍රයෝගනය සඳහා)

01. (1) මුලුකුරු සමඟ අගට යෙදෙන නම :-
 (11) සම්පූර්ණ නම :-

 02. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :-
 03. පොදුගලික විස්තර
 i. ස්ථීර ලිපිනය :-

 ii. දුරකථන අංකය (පාගම/නිවස) :-
 iii. ස්ථීර පදිංචි දිස්ත්‍රික්කය :-
 iv. ස්ත්‍රී/ පුරුෂ භාවය :- ස්ත්‍රී පුරුෂ
 v. උපන් දිනය :-
 vi. 2017.09.30 දිනට වයස :- අප්‍රේල් මායි දින

 04. අධ්‍යාපන සුදුසුකම්:-
 අ.පො.ස. (සා.පෙළ) :

විභාග අංකය

විභාගයට පෙනී සිටි වර්ෂය

පළමු වර :-

දෙවන වර:-

විෂය	සාමාර්ථය	සාමාර්ථය	විෂය	සාමාර්ථය	සාමාර්ථය
	පළමු වර	දෙවන වර		පළමු වර	දෙවන වර
1.	6.	.....	.....
2.	7.	.....	.....
3.	8.	.....	.....
4.	9.	.....	.....
5.	10.	.....	.....

05. වෘත්තීය සුදුසුකම් - (පෙදලේරු, අරක්කැම්, ව්‍යු කාර්මික තනතුරු සඳහා)

ජාතික වෘත්තීය ක්ෂේත්‍ර මට්ටම (NVQ මට්ටම)	හැදුරු පාඨමාලාව	හැදුරු ආයතනය
.....
.....

06. පළපුරුද්ද: (ලපස්ථායක/ උපස්ථායිකා, ජනක යන්තු ක්‍රියාකරු, දුරකථන ක්‍රියාකරු සෞඛ්‍ය රසායනාගාර සහායක තනතුරු සඳහා)

සේවය කළ ආයතනයේ නම	දැරූ තනතුර	සේවය කළ කාල සීමාව

07. ඔබ කිසියම් සාපරායි වරදකට උසාවියෙන් දඩුවම් ලබා තිබේ නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර දක්වන්න:-

.....

.....

08. විභාග ගාස්තු ගෙවූ ලදුපත් අංකය හා දිනය :

.....

09. ගාස්තු ගෙවූ කාර්යාලය :

.....

ලදුපත මෙම කොටුව තුළ තොගැලවෙන ගෙය අලවන්න

10. මෙහි සඳහන් කර ඇති තොරතුරු මාගේ දැනීමේ හා විශ්වාසයේ පරිදි සත්‍ය හා නිවැරදි බව ප්‍රකාශ කරමි. මෙම බදා ගැනීම පිළිබඳව කොන්දේසි අනුව මධ්‍යස්ථාන තොරතුරක් දක්වා ඇතොත් විභාගයට පෙර හෝ පසුව හෝ මාගේ විභාග අපේක්ෂකත්වය අවලංගු කළ හැකි බවත්, තෝරා ගැනීමෙන් පසුව ඒ බැවි හෙලි වුවහොත් කිහිම වන්දියකින් තොරව සේවයෙන් පහ කිරීමට යටත් වන බවත් මම දැනීමි.

.....

.....

දිනය

අයදුම්කරුගේ අත්සන

11. අයදුම්කරුගේ අත්සන සහතික කිරීම.

මෙම අයදුම්පත ඉදිරිපත් කරනු ලබන මයා /මිය/මෙනාවිය මා පෙනුද්ගලීකට හැඳුනාන බවත්, ඔහු/ ඇය මා ඉදිරිපිටදී දින ඔහුගේ/ ඇයගේ අත්සන තැබු බවත් සහතික කරමි.

.....

සහතික කරන නිලධාරියාගේ අත්සන

නම :

තනතුර :

ලිපිනය :

දිනය :

(නිල මූද්‍රාව තබන්න)