

සෞඛ්‍ය, පෝෂණ සහ දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශයේ පෝෂණවේදී තනතුර සඳහා (විවෘත) බඳවා ගැනීම

පදිංචි දිස්ත්‍රික්කය :-

විභාගය සඳහා ඉදිරිපත්වන මාධ්‍ය :-

(සිංහල - S, ඉංග්‍රීසි - E, දෙමළ - T)

01. 1.1 අයදුම්කරුගේ මූලකරු සමග නම :-

..... (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්) උදා : SILVA A.B.

1.2 සම්පූර්ණ නම : (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්) :-

.....

1.3 සම්පූර්ණ නම : (සිංහලෙන්/ දෙමළෙන්) :-

.....

02. 2.1 ලිපිනය (පෞද්ගලික) :-

..... (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්)

2.2 ලිපිනය (පෞද්ගලික) :-

..... (සිංහලෙන්/ දෙමළෙන්)

2.3 ලිපිනය (රාජකාරී) :-

..... (සිංහලෙන්/ දෙමළෙන්)

(ලිපිනයෙහි වෙනසක් වේනම් එය වහාම දැන්විය යුතුය.)

2.4 දුරකතන අංකය (පෞද්ගලික) :-

2.5 ඊ-මේල් ලිපිනය :-

03. 3.1 උපන් දිනය : වර්ෂය : මාසය : දිනය :

3.2 අයදුම්පත් භාරගන්නා අවසාන දිනට වයස :- අවු :- මාස :- දින :-

04. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :-

05. ස්ත්‍රී/ පුරුෂ භාවය :-

06. සුදුසුකම් (නිවේදනයේ 2 ඡේදයට යටත් වන සුදුසුකම්)

අධ්‍යාපන සුදුසුකම් / වෘත්තීය සුදුසුකම් :-

.....

.....

.....

පළපුරුද්ද :-

.....

.....

.....

07. විභාග ගාස්තු ගෙවූ ලදුපත පිළිබඳ විස්තර :

7.1 විභාග ගාස්තු ගෙවූ කාර්යාලය :-

7.2 ලදුපත් අංකය හා දිනය :-

7.3 ගෙවූ මුදල :-

ලංකා බැංකු ශාඛාවකට රු. 500.00 ක මුදල ගෙවා ලබාගත් රිසිට්පත නොගැලවෙන සේ මෙහි අලවන්න.

08. අයදුම්කරුගේ සහතිකය :

මෙම අයදුම්පතෙහි මා විසින් සඳහන් කරන ලද තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවත් ගෞරවයෙන් ප්‍රකාශකර සිටිමි. මෙහි ඇතුළත් යම්කිසි විස්තරයක් අසත්‍ය බව හෝ සාවද්‍ය බව සොයාගනු ලැබුවහොත් එසේ සොයා ගන්නා ලද්දේ තෝරා ගැනීමට පෙර නම්, එම අයදුම්පත අවලංගු වන බව ද, තෝරා ගැනීමෙන් පසුව නම් යම්කිසි වන්දියක් නොමැතිව මම සේවයෙන් පහකරනු ලබන බවද පිළිගනිමි.

දිනය :-
අයදුම්කරුගේ අත්සන.

09. අයදුම්කරුගේ අත්සන සහතික කිරීම :

මෙම අයදුම්පත ඉදිරිපත් කරනු ලබන මයා/ මිය/ මෙනවිය, මා පෞද්ගලිකව දන්නා හඳුනා බවද, ඔහු/ ඇය මා ඉදිරිපිට දී දින ඔහුගේ/ ඇයගේ අත්සන තැබූ බව ද සහතික කරමි.

..... ,
සහතික කරන නිලධාරියාගේ අත්සන.
(රබර් මුද්‍රාවකින් සනාථ කළ යුතුය)

නම :-
තනතුර :-
ලිපිනය :-

10. දෙපාර්තමේන්තු/ ආයතන ප්‍රධානියාගේ සහතිකය (රාජ්‍ය සේවයේ හෝ පළාත් රාජ්‍ය සේවයේ නියුතු අය සඳහා පමණි.)

මෙම ඉල්ලුම්කරු වන මයා/මිය/මෙනවිය
මෙම දෙපාර්තමේන්තුවේ/පළාත් සභාවේ/ආයතනයේ වැනි දින සිට සේවය කරයි. ඔහු/ඇය
මෙම තනතුර සඳහා තෝරා ගනු ලැබුවහොත් දැනට දරන තනතුරින් මුදවා හරින/නොහරින බවත්,
..... දින ඔහු/ඇය මා ඉදිරිපිට දී අත්සන් කළබවත් සහතික කරමි.

.....
දෙපාර්තමේන්තු / ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන.

නම :-
තනතුර :-
දිනය :-
දෙපාර්තමේන්තුව/ ආයතනය :-
(නිල මුද්‍රාවෙන් සනාථ කළ යුතුය.)



www.applications.lk

ඉදිරියේදී පළ වන රැකියා ඇබැරතු සඳහා
අයදුම්පත් නොමිලයේ Download කර ගැනීමට
අපගේ Facebook Fanpage එක Like කර
ඔබගේ මිතුරන්ටත් දැන ගැනීමට Share කරන්න.

www.facebook.com/applications.lk

Website - <http://www.applications.lk>

Facebook - <http://www.facebook.com/applications.lk>

Twitter - <http://www.twitter.com/applicationslk>



100% FREE

රජයේ රැකියා, පාඨමාලා,
විභාග පිළිබඳ තොරතුරු සහ
අයදුම්පත් පලවූ සැණින් එසැණින්
නොමිලයේ ඔබගේ ජංගම
දුරකථනය වෙත ලබාගන්න.

මිනූම ජංගම දුරකථනයකින්

Follow applicationslk

ලෙස සටහන් කර 40404 වෙත

sms කරන්න...