

දකුණු පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුවේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු තීරණ සම්බන්ධයෙන් අභියාචනා ඉදිරිපත් කිරීමේ අයදුම්පත්‍රය

තනතුර: පන්තිය හා ශ්‍රේණිය:

1. සම්පූර්ණ නම:-

2. ස්ථාන මාරු ලේඛනයේ සඳහන් නම:-.....

.....

2.1 හැඳුනුම්පත් අංකය:-.....

3. ස්ථීර ලිපිනය:-.....

4. තාවකාලික ලිපිනය:-.....

5. දුරකථන අංකය:-.....

6. උපන් දිනය:-.....

7. 2023.12.31 දිනට වයස:- අවු.....මාස.....දින.....

8. වර්තමාන සේවා ස්ථානය:-.....

9. වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ සේවා කාලය:- අවු.....

10. සේවා කාල සීමාව:- අවු.....මාස.....දින.....සිට.....දක්වා

11. 11.1 වාර්ෂික ස්ථාන මාරු යටතේ ස්ථාන මාරු කරන ලද සේවා ස්ථානය:-.....

.....

11.2 ස්ථාන මාරු ලේඛනයේ අනු අංකය:-.....ස්ථාන මාරු අංකය:-.....

11.3 ඔබ සමග ස්ථාන මාරු කරනු ලබන අනුප්‍රාප්තිකයා/ අනුප්‍රාප්තිකයන්ගේ නම:-

.....

12. අභියාචනා මගින් ඉල්ලුම්කරනු ලබන වෙනත් සේවා ස්ථාන:-.....

.....

13. අභියාචනා ඉදිරිපත් කිරීමට හේතු:-.....

.....

.....

14. වෙනත් කරුණු:-.....

.....

ඉහත දක්වා ඇති තොරතුරු සියල්ල සත්‍ය හා නිවැරදි බව ප්‍රකාශ කරමි.

.....

.....

දිනය

අත්සන

15. ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය:.....

.....

දිනය

.....

ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන

16. දිස්ත්‍රික් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ/වෛද්‍ය අධිකාරිගේ නිර්දේශය:.....

.....

.....

දිනය

.....

දිස්ත්‍රික් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ/
වෛද්‍ය අධිකාරිගේ අත්සන හා නිල මුද්‍රාව