

දුරකථන අංකය) 0112669192 , 0112675011
 தொலைபேசி) 0112698507 , 0112694033
 Telephone) 0112675449 , 0112675280

ෆැක්ස්) 0112693866
 பெக்ஸ்) 0112693869
 Fax) 0112692913

විද්‍යුත් තැපෑල) postmaster@health.gov.lk
 மின்னஞ்சல் முகவரி)
 e-mail)

වෙබ් අඩවිය) www.health.gov.lk
 இணையத்தளம்)
 website)



සුවසිරිපාය

சுவசிரிபாய

SUWASIRIPAYA

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය

சுகாதார அமைச்சு

Ministry of Health

මගේ අංකය) MH/AE/03/REC/PARA/Gen
 எனது இல) 02/2023
 My No.)
 ඔබේ අංකය)
 உமது இல)
 Your No. :)

දිනය) 2024.06.
 திகதி)
 Date)

.....

ජා.හැ.අංකය

මහත්මයාණෙනි/ මහත්මියනි / මෙනවියනි,

අංක 2377 හා 2024.03.22 දිනැති ගැසට් නිවේදනය ප්‍රකාරව අතුරු වෛද්‍ය සේවයේ පාසල් දත්ත විකිත්සක/ සෞඛ්‍ය කීට විද්‍යා නිලධාරී / බන්තූ රේඛන ශිල්පී / මහජන සෞඛ්‍ය රසායනාගාර ශිල්පී/ ඖෂධ සංයෝජක තනතුරු සඳහා පුහුණුවට අභ්‍යාසලාභීන් බඳවා ගැනීමේ සම්මුඛ පරීක්ෂණය - 2024

අංක 2377 හා 2024.03.22 දිනැති ගැසට් නිවේදනයට අනුව අතුරු වෛද්‍ය සේවයේ උකත් තනතුරු සඳහා අයදුම්කර ඇති ඔබගේ සුදුසුකම් පරීක්ෂාකර බැලීම සඳහා වන සම්මුඛ පරීක්ෂණය පහත පරිදි පැවැත්වේ.

දිනය -
 වේලාව -
 ස්ථානය -

02. ඒ අනුව පහත සඳහන් සහතිකවල/ ලියවිලිවල මුල් පිටපත් සහ සත්‍ය පිටපත් බවට සහතික කරන ලද ඡායා පිටපත් කවිවලයක්ද රැගෙන එදිනට පැමිණෙන මෙන් කාරුණිකව දන්වමි. (මෙම සහතිකවල/ ලියවිලිවල මුල් පිටපත් සහ සහතික කරන ලද ඡායා පිටපත් කොළ පැහැති කාඩ්බෝඩ් ලිපිගොනු දෙකක වෙත වෙතම බහාලිය යුතු ය.)

- I. උප්පැන්න සහතිකය.
- II. පුද්ගලයන් ලියාපදිංචි කිරීමේ දෙපාර්තමේන්තුවෙන් නිකුත් කරන ලද ජාතික හැඳුනුම්පත හෝ වලංගු ගමන් බලපත්‍රය හෝ වලංගු දේශීය රියදුරු බලපත්‍රය.
- III. ගැසට් නිවේදනයේ 9 ඡේදයේ සඳහන් පරිදි සහතික කරන ලද ඔබගේ අත්සනින් යුතු මුද්‍රිත අයදුම්පත. (Print Out)
- IV. අ.පො.ස.(උ/පෙළ) විභාග ප්‍රථිඵල ලේඛනය හා 'Z' අගය දැක්වෙන සහතිකය. (Z - Score අගය සහිත)
- V. අ.පො.ස.(සා/පෙළ) විභාග ප්‍රථිඵල ලේඛනය. (විභාග දෙපාර්තමේන්තුව විසින් නිකුත් කළ අ.පො.ස. (උ.පෙළ) / අ.පො.ස. (සා.පෙළ) විභාග ප්‍රථිඵල ලේඛන පමණක් සලකා බලනු ලැබේ.)
- VI. රු.1000/= ක මුදල ගෙවූ බවට සනාථ කෙරෙන රිසිට්පත.
- VII. ග්‍රාම නිලධාරී විසින් නිකුත් කරන ලද සහතිකය (DS4 ආකෘතිය).
- VIII. ශිෂ්‍ය කාර්ය දර්ශනය. (පාසල් හැරයාමේ සහතිකය - අධ්‍යාපන බී 59 පොදු ආකෘති පත්‍රය)
- IX. විවාහය ලියාපදිංචි කර ඇති හෝ දික්කසාද වූ හෝ අයෙකු නොවන බව සනාථ කිරීම සඳහා සාමදාන විනිශ්චයකරුවෙකු ඉදිරියේ රු.50.00 ක මුද්දරයක් මත අත්සන් කරන ලද දිවුරුම් ප්‍රකාශය (මෙම වගන්තිය අදාළ වන්නේ පාසල් දත්ත විකිත්සක පාඨමාලාවට පමණි).


X. විශ්වවිද්‍යාල ප්‍රතිපාදන කොමිෂන් සභාව යටතේ පවත්නා රජයේ විශ්ව විද්‍යාලයක / රජයේ විශ්වවිද්‍යාල විද්‍යායතනයක අ.පො.ස.(උ.පෙළ) සුදුසුකම් මත උපාධි පාඨමාලාවක් හැදෑරීම සඳහා " රජයේ නිදහස් අධ්‍යාපන වරප්‍රසාද " යටතේ අභ්‍යන්තර ශිෂ්‍යයෙකු ලෙස ලියාපදිංචි වී සිටින හෝ හදාරමින් සිටින අයෙකු නොවන බවට ඔබගේ බහුමාන සහතිකය . (වෙබ් අඩවියේ පළකර ඇති බහුමාන සහතිකය සම්පූර්ණ කර ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

XI. උක්ත ලේඛනවල සඳහන් නම් වල වෙනසක් ඇත්නම් සාමදාන විනිශ්චයකරුවකු ඉදිරියේ රු.50.00 ක මුද්දරයක් මත අත්සන් කරන ලද දිවුරුම් ප්‍රකාශනය.

03. සම්මුඛ පරීක්ෂණයට ගැහැණු අයදුම්කාරිණියන් සුදු සාරියකින් ද පිරිමි අයදුම්කරුවන් කලු කලිසමකින් හා සුදු කමිසයකින් ද සැරසී පැමිණිය යුතු ය.

04. මෙම සම්මුඛ පරීක්ෂණයට ඔබ කැඳවනු ලබන්නේ සුදුසුකම් පරීක්ෂා කිරීම සඳහා පමණක් වන අතර මෙය උක්ත තනතුරේ ස්ථිර පත්වීමක් ලබා දීමට හිමිකමක් නොවන බව ද අවධාරණය කරමි.

මෙයට,
ඔබේ සේවය සඳහා කැපවුණ,


ඉෂානි කොල්ලුරේ,
අධ්‍යක්ෂ (පරිපාලන - ආයතනික),
ලේකම් වෙනුවට.

ඉෂානි කොල්ලුරේ
අධ්‍යක්ෂ (පරිපාලන - ආයතනික)
අධ්‍යක්ෂ ආමානසංඝයා
"සුවසිරිපාය"
385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත
කොළඹ 10



දුරකථන අංකය) 0112669192 , 0112675011
 தொலைபேசி) 0112698507 , 0112694033
 Telephone) 0112675449 , 0112675280

ෆැක්ස්) 0112693866
 பெக்ஸ்) 0112693869
 Fax) 0112692913

විද්‍යුත් තැපෑල) postmaster@health.gov.lk
 மின்னஞ்சல் முகவரி)
 e-mail)

වෙබ් අඩවිය) www.health.gov.lk
 இணையத்தளம்)
 website)



සුවසිරිපාය
 சுவசிரிபாய
 SUWASIRIPAYA
 සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය
 சுகாதார அமைச்சு
 Ministry of Health

මගේ අංකය) MH/AE/03/Rec/Para/Gen
 எனது இல) 02/2023(ii)
 My No.)
 ඔබේ අංකය)
 உமது இல)
 Your No. :)

දිනය) 2024.07.
 திகதி)
 Date)

මහත්මයාණෙනි/ මහත්මියනි / මෙනවියනි,

අංක 2377 හා 2024.03.22 දිනැති ගැසට් නිවේදනය ප්‍රකාරව අතුරු වෛද්‍ය සේවයේ පාසල් දන්ත චිකිත්සක/ සෞඛ්‍ය කීට විද්‍යා නිලධාරී / බන්තූ රේඛන ශිල්පී / මහජන සෞඛ්‍ය රසායනාගාර ශිල්පී/ ඖෂධ සංයෝජක තනතුරු සඳහා පුහුණුවට අභ්‍යාසලාභීන් බඳවා ගැනීමේ සම්මුඛ පරීක්ෂණය - 2024

අංක 2377 හා 2024.03.22 දිනැති ගැසට් නිවේදනයට අනුව අතුරු වෛද්‍ය සේවයේ උක්ත තනතුරු සඳහා අයදුම්කර ඇති ඔබගේ සුදුසුකම් පරීක්ෂාකර බැලීම සඳහා වන සම්මුඛ පරීක්ෂණය සම්බන්ධ පහත සඳහන් තොරතුරු මෙම වෙබ් අඩවියේ දක්වා ඇත.

- I. අයදුම්කරුවන්ගේ නාම ලේඛනය (සම්මුඛ පරීක්ෂණය පැවැත්වෙන ස්ථානය, දිනය හා වේලාව සඳහන් කර ඇත).
- II. සම්මුඛ පරීක්ෂණයට කැඳවීමේ ලිපිය.
- III. බහුමාන ප්‍රකාශය සහ දිවුරුම් ප්‍රකාශය (සම්පූර්ණ කර ඉදිරිපත් කළ යුතුය)

02. ඉහත සඳහන් ලේඛනවලට අනුව සම්මුඛ පරීක්ෂණයට අවශ්‍ය සහතික සහ ලියවිලි සමඟ නාම ලේඛනයේ සඳහන් පරිදි නියමිත වේලාවට පැමිණෙන මෙන් කාරුණිකව දන්වමි.

03. තවද සම්මුඛ පරීක්ෂණයට ඉදිරිපත් කරන සියලු ලේඛන ගැසට් නිවේදනය ප්‍රකාරව නිවැරදිව ඉදිරිපත් කළ යුතු බව වැඩිදුරටත් කාරුණිකව දන්වමි.

මෙයට,
 ඔබේ සේවය සඳහා කැපවුණ,

පී.ඩබ්.සී.සුමේධා ප්‍රියභාෂිණි,
 නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (පාලන) III,
 ලේකම් වෙනුවට.

පී. ඩබ්. සී. සුමේධා ප්‍රියභාෂිණි
 නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (පාලන) III
 සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය
 "සුවසිරිපාය"
 385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත
 කොළඹ 10.

දිවුරුම් ප්‍රකාශය

..... දිස්ත්‍රික්කයේ යන
ලිපිනයෙහි පදංචි අංක දරණ ජාතික හැඳුණුම්පත හිමි
.....වන මම පහත සඳහන්
කරුණු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට දිවුරාප්‍රකාශ කර සිටිමි.


1. මම සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය විසින් 2024.03.22 දින පළකරන ලද අංක 2,377 දරණ ගැසට් නිවේදනය අනුව අතුරු වෛද්‍ය සේවයට අයත් පුහුණු පාඨමාලා සඳහා මාර්ගගත ක්‍රමවේදය ඔස්සේ අයදුම්පතක් ඉදිරිපත් කලෙමි.
2. ඉහත කී ගැසට් නිවේදනයෙහි සඳහන් කරුණු වලට අනුව මා විසින් ඉදිරිපත් කල අයදුම්පතට සත්‍ය සහ නිවැරදි තොරතුරු පමණක් අතුළත් කල අතර, වැරදි හෝ අසත්‍ය කිසිදු තොරතුරු ඇතුළත් නොකලෙමි.
3. මෙම පාඨමාලාවලට සිසුන් තෝරාගැනීම සඳහා පවත්වන ලද සම්මුඛ පරීක්ෂණයට ද ඉන් පසුව ද මා විසින් ඉදිරිපත් කරන ලද සියලු තොරතුරු, සහතිකපත් සහ වෙනත් ලේඛණ සත්‍ය සහ නිවැරදි ඒවා වේ.
4. ගැසට් නිවේදනයේ 6.5 ඡේදය අනුව මම විවාහය ලියාපදිංචිකර ඇති හෝ දික්කසාද වූ හෝ අයෙකු නොවෙමි. (මෙම කොන්දේසිය අදාල වන්නේ පාසල් දත්ත විකිස්සක පාඨමාලාව සඳහා අයදුම්කර ඇති අයදුම්කාරියන්ට පමණි.)
5. මම ගැසට් නිවේදනයේ අංක 6 ඡේදය යටතේ දක්වා ඇති 6.1, 6.2, 6.3 සහ 6.4 යන අනුඡේදවලින් කියවෙන කිසිදු නුසුදුසුකමක් පවතින අයදුම්කරුවෙකු නොවෙමි.
6. තවද, ඉහත ගැසට් නිවේදනයේ 6.1 සිට 6.5 දක්වා වූ අනුඡේද වලින් කියවෙන කරුණු වලට පටහැනිව මා විසින් ඉදිරිපත් කරන ලද කුමන හෝ තොරතුරක් / ලේඛණයක් ව්‍යාජ තොරතුරක් / ලේඛණයක් බවට අනාවරණය වුවහොත්, මෙම ගැසට් නිවේදනයේ 6.4, 7.3, 11.3, 11.5 සහ 12.3 යන වගන්තිවල දැක්වෙන ක්‍රියාමාර්ග වලට යටත්වීමට සිදුවන බව මා ඉතා හොඳින් දන්නා අතර, එවැනි තත්වයකට එරෙහිව සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය විසින් ගනු ලබන ඔරුම නීරණයකට යටත්වීමට මා එකඟ බවද වැඩිදුරටත් දිවුරා ප්‍රකාශකර සිටිමි.

.....
ප්‍රකාශකරු / ප්‍රකාශකාරිය

ඉහත සඳහන් සියලු කරුණු මෙහි ප්‍රකාශකරු / ප්‍රකාශකාරිය වන විසින්
කියවා තේරුම්ගෙන සත්‍ය හා නිවැරදි බවට පිළිගෙන 2024. මස වැනි දින
..... දී මා ඉදිරිපිටදී රුපියල් පනහක මුද්දරයක් මත අත්සන් කල බැව් සහතික කරමි.

නිල මුද්‍රාව

සාම විනිසුරු


 ඉහාති කොල්ලුවේ
 අධ්‍යක්ෂ (පරිපාලන - ආයතනික)
 සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය
 "සුවසිරිපාය"
 385, සූර්‍ය බද්දේගම පිහිටිය යුම් මාවත
 කොළඹ 10

බහුමාන සහතිකය

..... දිස්ත්‍රික්කයේ යන
ලිපිනයෙහි පදංචි අංක දරණ ජාතික හැඳුණුම්පත හිමි
.....වන මම සෞඛ්‍ය

අමාත්‍යාංශය විසින් 2024.03.22 දින පළකරන ලද අංක 2,377 දරණ ගැසට් නිවේදනය අනුව අතුරු
වෛද්‍ය සේවයට අයත් පුහුණු පාඨමාලා සඳහා මාර්ගගත ක්‍රමවේදය ඔස්සේ යොමුකල අයදුම්පතට
ඇතුළත් කරන ලද පහත සඳහන් කරුණු (දත්ත) සහ ඉන් පසුව ලබාදෙන ලද සහතිකපත් හා ලේඛණ
සත්‍ය සහ නිවැරදි බවට අවංකව ද, ගෞරව බහුමානයෙන් යුක්තව ද ප්‍රතිඥා දී ප්‍රකාශකර සිටිමි.

1. මම ඉහත අංක දරණ ගැසට් නිවේදනයේ අංක 6 ඡේදයේ පාඨමාලා සඳහා අයදුම් කිරීමට හෝ
ඇතුළත් වීමට නුසුදුස්සන් යටතේ දක්වා ඇති 6.1, 6.2, හා 6.3 යන අනුඡේදවලින් වැඩිදුරටත්
විස්තර කර ඇති ආයතනයක නිදහස් අධ්‍යාපන වරප්‍රසාද යටතේ අ.පො.ස. (උ.පෙළ) සුදුසුකම්
වලින් බඳවාගනු ලබන පූර්ණ කාලීන පාඨමාලාවක 2024.03.22 දින වන විට ලියාපදිංචි වී
නොසිටී / හදාරමින් නොසිටී අයෙකු බව
2. මම එකී ගැසට් නිවේදනයේ 6.4 අනුඡේදයේ සවිස්තරව දක්වා ඇති පරිදි 6.1, 6.2, හා 6.3 යන
අනුඡේදවලින් කියවෙන කුමන හෝ ආයතනයක පූර්ණකාලීන පාඨමාලාවක ලියාපදිංචි වී සිටි /
හදාරමින් සිටි මෙම ගැසට් නිවේදනය පළවීමෙන් පසුව එම ලියාපදිංචිය අවලංගුකර ගත් අයෙකු
හෝ ගැසට් නිවේදනය පළවීමෙන් පසුවද සම්මුඛ පරීක්ෂණ පැවැත්වීමෙන් පසුවද ඉහත කී
ආයතනයක පූර්ණකාලීන පාඨමාලාවක ලියාපදිංචි වී සිටි එය අවලංගුකර ගන්නා අයෙකු
නොවන බව
3. මම ඉහත කී ගැසට් නිවේදනයේ 6.1, 6.2, සහ 6.3 යන අනුඡේදවලින් කියවෙන කුමන හෝ
ආයතනයක පූර්ණකාලීන පාඨමාලාවක ලියාපදිංචි වී සිටින / හදාරමින් සිටින අයෙකු හෝ 6.4
යන අනුඡේදයෙහි දක්වා ඇති නුසුදුසුකම් පවතින අයෙකු නොවන බව

තවද, ඉහත ගැසට් නිවේදනයේ 6.1 සිට 6.4 දක්වා වූ අනුඡේදවලින් කියවෙන කරුණුවලට පටහැනිව මා
විසින් ඉදිරිපත් කරන ලද කුමන හෝ තොරතුරක් / ලේඛණයක් ව්‍යාජ තොරතුරක් / ලේඛණයක් බවට
අනාවරණය වුවහොත්, මෙම ගැසට් නිවේදනයේ 6.4, 7.3, 11.3, 11.5 සහ 12.3 යන වගන්තිවල
දැක්වෙන ක්‍රියාමාර්ග වලට යටත්වීමට සිදුවන බව මා ඉතා හොඳින් දන්නා අතර, එවැනි තත්වයකට
එරෙහිව සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය විසින් ගනු ලබන ඔරුම තීරණයකට යටත්වීමට මා එකඟ බවද
වැඩිදුරටත් ගෞරව බහුමානයෙන් යුක්තව ප්‍රතිඥා දී ප්‍රකාශකර සිටිමි.

මෙයට,

විශ්වාසී.

අයදුම්කරුගේ අත්සන :

සම්පූර්ණ නම :

දිනය :

ඉහතින් සඳහන් කරුණු
අධ්‍යක්ෂ (වැටුප්) - ආයතනික
සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය
"සුවසිරිපාය"
3885, පුරුෂ බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත
කොළඹ 10

