

දුරකථන) 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)

මගේ අංකය) MH/AE/07/REC/PARA/PHM/14/2022
 எனது இல)
 My No.)

ඔබේ අංකය)
 உமது இல)
 Your No. :)

දිනය) 2024.08.08
 திகதி)
 Date)



සුවසිරිපාය
 சுவசிரிபாய
 SUWASIRIPAYA

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය
 சுகாதார அமைச்சு
 Ministry of Health

මෙනවියනි,


අතුරු වෛද්‍ය සේවාවේ පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරීන් පුහුණුවට බඳවාගැනීම 2021/ 2022

අංක 2209 හා 2021.01.01 දිනැති ශ්‍රී ලංකා ප්‍රජාතාන්ත්‍රික සමාජවාදී ජනරජයේ ගැසට් නිවේදනය පරිදි ඉදිරිපත් කරන ලද ඉල්ලුම්පත්‍ර අනුව පැවැත්වූ පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා අභ්‍යාසලාභීන් බඳවා ගැනීමේ සම්මුඛ පරීක්ෂණයේ ප්‍රතිඵල මත සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා අභ්‍යාසලාභී පුහුණුව සඳහා ඔබ තෝරා ගෙන ඇති බව මෙයින් සතුටින් දන්වමි.

02. උක්ත අභ්‍යාසලාභීන් පුහුණුවට බඳවාගැනීමේ පත්වීම් ලිපි ප්‍රදානය කිරීමේ කටයුතු 2024.08.09 වන දින සිදු කෙරේ. ඒ සඳහා එදින පෙ.ව. 7.00 ට 385, සුවසිරිපාය, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත, කොළඹ 10, සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ ශ්‍රවණාගාරයට පැමිණිය යුතුය. ඒ සඳහා පැමිණෙන විට පහත සඳහන් ලිපි වල මුල් පිටපත් හා ඡායා පිටපත් රැගෙන ආ යුතුයි.

- I. ජාතික හැඳුනුම්පත හෝ රියදුරු බලපත්‍රය
- II. උප්පැන්න සහතිකය
- III. අධ්‍යාපන සහතික
- IV. ග්‍රාම නිලධාරී සහතිකය (ඩීඑස් - 04)
- V. අවිවාහක බව සනාථ කිරීම සඳහා දිවුරුම් ප්‍රකාශයක් (අදාළ ආකෘතිය මේ සමඟ අමුණා ඇත)

03. ඉඩකඩ සීමිත බැවින් ඔබට පමණක් ශ්‍රවණාගාරයට ඇතුළුවිය හැකි බව කාරුණිකව දන්වමි. එසේම පුහුණුවට බඳවා ගන්නා අභ්‍යාසලාභීන්ගේ සුදු පැහැති සාරියකින් සැරසී පැමිණිය යුතු බව වැඩිදුරටත් කාරුණිකව දන්වමි.


 ඉෂානි කොල්ලරේ,
 අධ්‍යක්ෂ (පරිපාලන - ආයතනික),
 ලේකම් වෙනුවට.
 අධ්‍යක්ෂ (පරිපාලන - ආයතනික),
 සුවසිරිපාය,
 කොළඹ 10

දුරකථන) 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/07/REC/PARA/PHM/14/2022
 எனது இல)
 My No.)

ඔබේ අංකය)
 உமது இல)
 Your No. :)

දිනය) 08.08.2024
 திகதி)
 Date)

Miss,

Ceremony of awarding appointment letters to the trainees of Midwives - 2024

I am pleased to inform that you have been selected for the training in Public Health Midwife of the Ministry of Health on the results of the interview held to recruit trainees of Public Health Midwife in terms of Gazette notification No.2209 dated 01.01.2021 of the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka.

02. Awarding letters of recruitment to the training is scheduled to be held on 09.08.2024. You should be present at the **Auditorium, Ministry of Health, Colombo 10 at 7.00 a.m.** on that day. You are kindly informed to present there along with the original & certified copies of the following documents and should wear white sarees.

- I. National Identity card or Driving License
- II. Certificate of Birth
- III. Educational Certificates
- IV. Grama Niladhari Certificate (DS-04)
- V. An Affidavit to certify the civil status as unmarried (the relevant specimen is attached here to)

03. You will only be permitted to enter the hall because of the limited space of the hall.

Ishani Kollure,
 Director (Administration Establishment),
 For Secretary.

Ishani Kollure
 Director (Administration Establishment)
 Ministry of Health
 "Suwasiripaya"
 385, Rev. Baddegama Wimalawansa Hiri Mawatha,
 Colombo 10

අනු අංකය :- පළාත :- පුහුණු :-
ආයතනය

දිවුරුම් ප්‍රකාශයයි

.....
වන මම (ආගම) කාරයකු වශයෙන් පහත සඳහන් කරුණු අවංකව ද සත්‍ය ලෙස ද ගෞරව පූර්වකව ප්‍රතිඥා දී ප්‍රකාශ කර සිටිමි.

- 01. මෙහි ප්‍රකාශක මම වෙමි.
- 02. මාගේ ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය බව ප්‍රකාශ කර සිටිමි.
- 03. මාගේ ස්ථීර පදිංචිය ලිපිනයෙහි වෙ.
- 04. මම අවිවාහක අයෙකු බව ප්‍රකාශ කර සිටින අතර, පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා පුහුණුව විධිමත්ව සම්පූර්ණ කර අවසන් විභාගය සමත්ව, අදාල තනතුරේ පත්වීම් ලබාදුනහොත් ඒ දක්වාද අවිවාහකව සිටිය යුතු බවත් මම දනිමි.

ඉහත දක්වා ඇති කරුණු සත්‍ය හා නිවැරදි බව වගකීමෙන් යුතුව ප්‍රකාශ කර සිටින අතර, ඉහත ප්‍රකාශ අතුරින් එකක් හෝ කිහිපයක් අසත්‍ය බවට ඔප්පු වුවහොත් ඕනෑම අවස්ථාවක පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා පුහුණුවෙන් ඉවත් කිරීමට හා/ හෝ අදාල තනතුරේ පත්වීම් ලබා සිටියහොත් එම පත්වීම් අත්හිටුවීමට හෝ හැකියාව ඇති බවත් මම දනිමි.

එවැනි තීරණයක් ගතහොත් නවදුරටත් ඒ සම්බන්ධව ඉල්ලීම් නොකරන බවත් තරයේ ප්‍රකාශ කරමි.

.....
දිවුරුම් ප්‍රකාශකගේ අත්සන
(රු .50/- මුද්දර මත)

වර්ෂ දෙදහස් ක් වූ මස දින
දී මා ඉදිරියේ දී අත්සන් කරන ලදී.

.....
සාමදාන විනිශ්චයකාර/ දිවුරුම් කොමසාරිස්ගේ අත්සන

සාමදාන විනිශ්චයකාර/ දිවුරුම් කොමසාරිස්ගේ නිල මුද්‍රාව :-

Serial No :- Province :- Training :-
Centre

The Affidavit

I (Name) here by state with honest and that the bellow mentioned details given by me are true and correct to the best of knowledge. As a (Religion)

- 01. I am the spokesmen of this statement
- 02. I here by state my N.I.C. Number as
- 03. I here by state that my permanent Address is
- 04. I should be informed that I am Spinster further, I here by state that I will be able to pass the final examination and complete the training successfully, if I appointed for the post I know that I should be a Spinster until get the appointment is granted.

I here by declare that the above mentioned details are true and correct. I am also aware if any particulars contained therein are found to be false or incorrect I am liable to be disqualified within the training and or I know that if I had been appointed for the post I am liable to be dismissed.

Further I here by state if a decision is taken on above further requests in this regard will not be submitted by me.

.....
Signature of the spokes man
On the value of valid of Rs. 50/- stamps

Date20....
At
Sgd. At my presence

Justice of peace/ Commissioner of oath