

උතුරු පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තු යටතේ පවතින රජයේ රෝහල්වල වෛද්‍ය කර්මය සඳහා වූ පරිපූරක හා අතුරු වෛද්‍ය සේවාවට අයත් තනතුරුවල පවතින පුරප්පාඩු සඳහා කොන්ත්‍රාත් පදනම මත බඳවා ගැනීම - 2025

තනතුර :- විකිරණ ශිල්පී (Radiographer)

විභාගයට පෙනී සිටින භාෂා මාධ්‍යය:

සිංහල - S ☐
දෙමළ - T ☐

(කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි)

01. අයදුම්කරුගේ සම්පූර්ණ නම:-.....

(ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්) (උදා. KUMARA SIRIWARDENA)

(සිංහලෙන්/දෙමළෙන්)

02. මුලකුරු සමග නම:- (උදා. KUMARA S.)

(ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්)

(සිංහලෙන්/දෙමළෙන්)

03. තැපැල් ලිපිනය:-

(ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්)

(සිංහලෙන්/දෙමළෙන්)

04. ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය:

පුරුෂ - 0 ☐
ස්ත්‍රී - 1 ☐ (අදාළ අංකය කොටුව තුළ ලියන්න)

05. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය:-

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

06. උපන් දිනය:-

වර්ෂය					මාසය			දිනය		
-------	--	--	--	--	------	--	--	------	--	--

2025.12.31 දිනට වයස:- අවුරුදු මාස දින

07. දුරකතන අංකය:-

07.1 ජංගම

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

07.2 නිවස

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

08. විද්‍යුත් තැපැල් ලිපිනය:-

09. ඔබ දැනට ස්ථිරව පදිංචි දිස්ත්‍රික්කය:-.....

10. අධ්‍යාපන සුදුසුකම්:-

10.1 අ.පො.ස (සා/පෙළ) විභාගය (පළමු වාරය)

වර්ෂය:.....

විභාග අංකය:.....

අනු අංකය	විෂයය	සාමාර්ථය	අනු අංකය	විෂයය	සාමාර්ථය
1.			6.		
2.			7.		
3.			8.		
4.			9.		
5.			10.		

10.2 අ.පො.ස (සා/පෙළ) විභාගය (දෙවන වාරය) අවශ්‍ය වන්නේ නම් පමණක්

වර්ෂය:.....

විභාග අංකය:.....

අනු අංකය	විෂයය	සාමාර්ථය	අනු අංකය	විෂයය	සාමාර්ථය
1.			6.		
2.			7.		
3.			8.		
4.			9.		
5.			10.		

10.3 අ.පො.ස (උ/පෙළ) විභාගය

වර්ෂය:.....

විභාග අංකය:.....

අනු අංකය	විෂයය	සාමාර්ථය
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

10.4 උපාධිය (Degree) / ඩිප්ලෝමා (Diploma) පිළිබඳ විස්තර

(i) සහතිකපත් වර්ගය :-.....

(ii) සහතිකය වලංගුවන දිනය:-.....

(iii) ප්‍රදානය කළ ආයතනය :-.....

(iv) විෂයයන් :-.....

සටහන:- උපාධි / ඩිප්ලෝමා සහතිකයේ පිටපතක් මේ සමග ඇමිණීම අවශ්‍ය වේ.

10.5 ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාව මගින් නිකුත් කළ ලියාපදිංචි සහතිකයේ විස්තර

(i) සහතිකපත් වර්ගය :-.....

(ii) සහතිකය වලංගුවන දිනය:-.....

(iii) ලියාපදිංචි අංකය :-.....

සටහන:- ලියාපදිංචි සහතිකයේ පිටපතක් මේ සමග ඇමිණීම අවශ්‍ය වේ.

10.6 සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය මගින් පවත්වනු ලැබූ පුහුණු පාඨමාලාව පිළිබඳ විස්තර (අවශ්‍ය නම් පමණක් සම්පූර්ණ කරන්න.)

(i) පුහුණු කාලය :-.....

(ii) සහතිකය වලංගුවන දිනය:-.....

(iii) ප්‍රදානය කළ ආයතනය :-.....

සටහන:- සහතිකයේ පිටපතක් මේ සමග ඇමිණිම අවශ්‍ය වේ.

11. ඔබ කවරදාක හෝ කවර හෝ වෝද්‍යාවක් සඳහා උපාධියකින් වරදකරු කරනු ලැබ තිබේ ද?

ඔව් ☐

නැත ☐

(ගැලපෙන කොටුව තුළ “X” ලකුණ යොදන්න.)

“ ඔව් ” නම් විස්තර සඳහන් කරන්න:-.....

.....

12. විභාග ගාස්තුව ගෙවූ තැපැල් කාර්යාලය:-.....

12.1 කුවිතාන්සියේ අංකය සහ දිනය:-.....

12.2 ගෙවූ ගාස්තුව:-.....

කුවිතාන්සිය නොගැලවෙන පරිදි මෙහි අලවන්න.
(කුවිතාන්සියේ පිටපතක් ළග තබාගැනීම ප්‍රයෝජනවත් වනු ඇත)

13. අයදුම්කරුගේ ප්‍රකාශය

(අ) මෙම අයදුම්පතෙහි මා සඳහන් කර ඇති තොරතුරු මාගේ දැනීමේ හැටියට සත්‍ය හා නිවැරදි බව මෙයින් සහතික කරමි. මෙහි යම් කොටසක් සම්පූර්ණ නොකිරීමෙන් සහ වැරදි ලෙස සම්පූර්ණ කිරීමෙන් සිදුවිය හැකි අලාභය විඳ දරා ගැනීමට එකඟ වෙමි. තවද මෙහි සියලුම කොටස් නිවැරදිව සම්පූර්ණ කර ඇති බව ද ප්‍රකාශ කරමි.

(ආ) මා විසින් ලබාදෙන ලද තොරතුරු අසත්‍ය යැයි අනාවරණය වුවහොත්, පත්කරනු ලැබීමට පෙර නුසුදුස්සෙකු වන බව සහ පත්වීම ලැබීමෙන් පසු කොන්ත්‍රාත් පදනම මත පත්කරනු ලැබූ සේවයෙන් පහ කරනු ලැබීමට යටත්වන බව ද මම දනිමි.

(ඇ) තවද මෙම විභාගය පැවැත්වීම සම්බන්ධයෙන් පළාත් රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභාවේ ලේකම් විසින් පනවනු ලබන නීති රීතිවලට යටත් වන බව ද ප්‍රකාශ කරමි.

(ඈ) මෙහි මා විසින් සඳහන් කළ කිසිදු තොරතුරක් පසුව වෙනස් කළ නොහැකි බව ද මම දනිමි.

දිනය:-.....

අයදුම්කරුගේ අත්සන

14. අයදුම්කරුගේ අත්සන සහතික කිරීම

(සටහන:- නිවේදනයේ 04 වගන්තියේ දක්වා ඇති පරිදි සහතික කළ යුතුය)

මෙම අයදුම්පත ඉදිරිපත් කරනු ලබන මහතා/මහත්මිය/මෙනවිය මා පෞද්ගලිකව දන්නා හඳුනන බව ද, දින මා ඉදිරිපිට දී අත්සන තැබූ බව ද, නියමිත විභාග ගාස්තු ගෙවා ඇති බව ද, විභාග ගාස්තු ගෙවන ලද ලදුපත අයදුම්පතේ නියමිත ස්ථානයේ අලවා ඇති බව ද මෙයින් සහතික කරමි.

.....
අත්සන සහතික කරන නිලධාරියාගේ අත්සන

අත්සන සහතික කරන නිලධාරියාගේ,

සම්පූර්ණ නම :-.....

තනතුර :-.....

ලිපිනය :-.....

(නිල මුද්‍රාව මගින් තහවුරු කළ යුතුය.)

දිනය :-.....