



ශ්‍රී ලංකා ප්‍රජාතාන්ත්‍රික සමාජවාදී ජනරජයේ ගැසට් පත්‍රය

අති විශේෂ

අංක 1521/26 – 2007 නොවැම්බර් 02 වැනි සිකුරාදා– 2007.11.02

(ආණ්ඩුවේ බලයපිට ප්‍රසිද්ධ කරන ලදී)

I වැනි කොටස : (I) වැනි ඡේදය – සාමාන්‍ය

ආණ්ඩුවේ නිවේදන

එල්.ඩී.බී. 8/2006.

2006 අංක 21 දරන පොද්ගලික වෛද්‍ය ආයතන (ලියාපදිංචි කිරීමේ) පනත

2006 අංක 21 දරන පොද්ගලික වෛද්‍ය ආයතන (ලියාපදිංචි කිරීමේ) පනතේ 3 වන වගන්තිය සමග කියවිය යුතු 18 වන වගන්තිය යටතේ සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යවරයා විසින් සාදන ලද නියෝග.

ගරු නිමල් සිරිපාල ද සිල්වා,
සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍ය.

2007 නොවැම්බර් මස 01 වැනි දින,
කොළඹ දී ය.

නියෝග

2007 මාර්තු මස 22 වැනි දින අංක 1489/18 දරන අති විශේෂ ගැසට් පත්‍රයේ පළ කරන ලද 2007 අංක 1 දරන පොද්ගලික වෛද්‍ය ආයතන (ලියාපදිංචි කිරීමේ) නියෝගවල “අ” උපලේඛනයේ I වන අමුණුමේ සිට XI වන අමුණුම දක්වා වූ අමුණුම් වෙනුවට මෙහි පහත දැක්වෙන I වන අමුණුමේ සිට XI වන අමුණුම දක්වා වූ අමුණුම් ආදේශ කිරීම මගින් ඒ නියෝග මෙයින් සංශෝධනය කරනු ලැබේ.

I වන අමුණුම



සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය

පොද්ගලික ආරෝග්‍යශාලා, සාන්තු නිවාස සහ මාතෘ නිවාස
ලියාපදිංචි කිරීමේ ආකෘති පත්‍රය

ලියාපදිංචි අංකය :

කාර්යාලීය භාවිතය සඳහා පමණි

සාමාන්‍ය නොරතුරු

1. ආයතනයේ නම :

2. ලිපිනය :

3. සන්නිවේදනය :

පොදු දුරකථන අංකය :	
ෆැක්ස් අංකය :	
ඊ මේල් :	
වෙබ් අඩවිය (නිබේ නම්) :	

4. රෝහල ක්‍රියාත්මක කරනු ලබන /පවත්වාගෙන යනු ලබන පුද්ගලයාගේ නම:

(අ) ලිපිනය:

(ආ) දුරකථන අංකය:

(ඇ) ආයතනයට ඇති සම්බන්ධතාවය:

5. රෝහලේ පිහිටීම (රෝහලේ ඡායාරූපයක් තිබේ නම් අමුණන්න) -

(ඉදිරිපස පෙත්‍රම)

පළාත	
දිස්ත්‍රික්කය	

6. ආයතනයේ වර්ගය, (අදාළ කොටුවේ (✓) ලකුණ යොදන්න)

i. පෞද්ගලික රෝහල

ii. සාන්තු නිවාස

iii. මාතෘ නිවාසය

iv. අනෙකුත්

7. අයිතියේ ස්වභාවය (අදාළ කොටුවේ (✓) ලකුණ යොදන්න)

i. පොදු සමාගමක්

ii. පෞද්ගලික සමාගමක්

iii. හිමිකාරත්ව පෞද්ගලික රෝහලක්

iv. සමුපකාර රෝහලක්

v. වතු අයිතිකාර රෝහලක්

vi. වෙනත්

8. ස්ථාපිත දිනය :

--

9. සමාගම / ව්‍යාපාරය ලියාපදිංචි අංකය :

--

10. ආයෝජන මණ්ඩල ලියාපදිංචි අංකය :

--

11. මානව සම්පත් :

පරිපාලන කාර්ය මණ්ඩලය :

තනතුර	නම	ජ.ගම/සම්බන්ධ විය හැකි දුරකථන අංකය
හිමිකරු /සහාපති		
කළමනාකරණ අධ්‍යක්ෂ /ප්‍රධාන විධායක නිලධාරී		
වෛද්‍ය අධ්‍යක්ෂ/ කාර්යභාර වෛද්‍ය, වෛද්‍යසභාවේ ලියාපදිංචි අංකය		
පරිපාලන නිලධාරී		
හෙද අධ්‍යක්ෂ /හෙද පාලිකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය		
ගණකාධිකාරී/ මුදල් අධ්‍යක්ෂ		
මානව සම්පත් කළමනාකරු		
අනෙකුත්		

12. වෛද්‍යවරුන්, විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන් ඇතුළුව මෙම ආයතනය යටතේ වෘත්තියේ නියැලී වෛද්‍ය කාර්ය මණ්ඩලයේ තොරතුරු ඇමුණුමක් වශයෙන් ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

- (අ) අයදුම් කරන දිනයට සේවයේ යෙදී සිටින විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන්ගේ නම;
- (ආ) වෛද්‍ය නිලධාරීන්ගේ නම;
- (ඇ) අනිකුත් සේවක පිරිස් වල සහ සේවා වර්ගවල නම;
- (ඈ) විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන්/අනෙකුත් අය ස්ථීරව සේවයේ යෙදී සිටින ස්ථානය;
 - (අ) රජයේ
 - (ආ) අනිකුත් (නිශ්චිතව දක්වන්න):
- (ඉ) පූර්ණ කාලීනවද නැතිනම් අර්ධ කාලීනවද යන වග;
- (ඊ) උපාධිය ලබා ගත් වෛද්‍ය විද්‍යාලයේ නම;
- (උ) රට
- (ඌ) ප්‍රාථමික උපාධිය;
- (එ) පශ්චාත් උපාධි සුදුසුකම් සහ එම උපාධියේ නම, දිනය සහ ආයතනයේ නම;
- (ඵ) ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය සහ දිනය;

13. විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන්/අනිකුත් අය ස්ථීර සේවයේ යෙදී සිටින ස්ථානය

- (අ) රජයේ
- (ආ) අනෙකුත් (නිශ්චිතව දක්වන්න):
 - රජයේ නම් රෝහලේ හෝ වෛද්‍ය ආයතනයේ නම සහ ලිපිනය සහ දැනට දරන තනතුර;

14. වාර්තා තබා ගන්නා ආකාරය:

15. ඒකකය සහ පහසුකම්

මුළු අභ්‍යන්තර රෝගී ඇදත් සංඛ්‍යාව

මුළු කාමර/වාට්ටු සංඛ්‍යාව

පහසුකම්	ඇත/නැත	පහසුකම්	ඇත/නැත
බාහිර රෝගී අංශය		ප්‍රතිශක්තිකරණ මධ්‍යස්ථානය	
රෝගීන් පරීක්ෂා කිරීමේ කාමර		විකිරණ වේදය	
හදිසි ප්‍රතිකාර ඒකකය		M. R. I ස්කෑනර්	
ශල්‍ය දැඩි සත්කාර ඒකකය		C. T. ස්කෑනර්	
වෛද්‍ය දැඩි සත්කාර ඒකකය		අති ධ්වනි ස්කෑනර්	
ස්නායු දැඩි සත්කාර ඒකකය		(Ultra Sound Scanner)	
(High Dependency Unit)		හෞත විකිත්සාව	
කිරීටක සත්කාර ඒකකය		C. S.S.D	
(Coronary Care Unit)		මාෂධාගාරය	
ශල්‍යාගාරය		අප ද්‍රව්‍ය අපහරණ පද්ධතිය	
ලේ බැංකුව		රෝගී වාර්තා පද්ධතිය	
සුනිකාගාරය		ගිලන් රථය	
පූර්ණ/අර්ධ/ස්වයං රසායනාගාරය		රථගාල	
දත්ත ශල්‍ය ඒකකය		මෘතශරීරාගාරය	
හෘද රෝග අංශය		පුහුණු කිරීමේ පහසුකම්	
කාන්දු පෙරීමේ ඒකකය		අනිකුත් (කරුණාකර විස්තර කරන්න.)	

(ඒකක එකකට වඩා ඇත්නම් එම සංඛ්‍යාව සඳහන් කරන්න.)

16.1 පරමාණු බලශක්ති අධිකාරියෙන් විකිරණ සේවා සඳහා බලපත්‍රයක් ලබාගෙන ඇතිද යන වග.

ඔව් ☐ නැත ☐

16.2 එම බලපත්‍රයේ අංකය:

17. සායනික අපද්‍රව්‍ය බැහැර කිරීමේ ක්‍රමය:

18. උපකරණ සහ සැරහුම් ජීවානුභරණය කිරීමේ ක්‍රමය:

19. හදිසි උපකරණ කට්ටලය තිබේ ද නැතිද යන වග:

20. සේවා සැපයීම සඳහා තිබෙන උපකරණ සහ පහසුකම් (ලැයිස්තුවක් අමුණන්න):

21. සපයනු ලබන/සපයනු ලැබිය හැකි අනෙකුත් පහසුකම් (නිශ්චිතව දක්වන්න):

22. අයදුම් පත ලියාපදිංචිය අලුත් කිරීම සඳහා නම් දැනට තිබෙන ලියාපදිංචි සහතිකයේ පිටපතක් අමුණා තිබේද යන වග:

23. දැනට තිබෙන ලියාපදිංචි සහතිකයේ අංකය:

24. සහතිකයේ වලංගු කාලය :..... දින දක්වා :.....

25. ගාස්තු ගෙවා තිබේද යන වග:

26. එසේ නම් ලදුපතේ පිටපතක් අමුණා තිබේද :

ඔව් ☐ නැත ☐

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව සහතික කරමි. මා විසින් සපයා ඇති යම් තොරතුරක් සාවද්‍ය හෝ වැරදි සහගත බව සොයාගනු ලැබූ ඕනෑම අවස්ථාවක මාගේ අයදුම්පත හෝ ලියාපදිංචි කිරීමේ සහතිකය අවලංගු කිරීමට බලධාරියාට හැකි බව මා දන්නා බවත් වැඩිදුරටත් ප්‍රකාශ කරමි.

ආයතනය ක්‍රියාත්මක කරනු ලබන හෝ පවත්වාගෙන යනු ලබන පුද්ගලයාගේ අත්සන:

නම:

තනතුර:

මෙය සම්පූර්ණ කිරීමෙන් පසු කරුණාකර අදාළ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂකවරයා මගින් පහත සඳහන් ලිපිනයට ආපසු එවන්න.

ලේකම්, පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා නියාමන සභාව,

සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය,

සුවසිරිපාය, 385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,

කොළඹ 10. දුරකථන: 011-2674680

ඉහත අයදුම්පත මෙමගින් ඉදිරිපත් කරමි.

.....

අත්සන

අදාළ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ



.....



II වන අංශය

සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය
පෞද්ගලික වෛද්‍ය රසායනාගාර
ලියාපදිංචි කිරීමේ ආකෘති පත්‍රය

ලියාපදිංචි අංකය :

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි.

සාමාන්‍ය තොරතුරු

1. වෛද්‍ය රසායනාගාරයේ නම :
2. (අ) ලිපිනය :
(ආ) දුරකථන අංකය :
(ඇ) විද්‍යුත් තැපෑල :
3. (අ) රසායනාගාරය ක්‍රියාත්මක කරනු ලබන/පවත්වාගෙන යනු ලබන පුද්ගලයාගේ නම :
(ආ) රසායනාගාරය සමග ඇති සම්බන්ධතාවය :
(ඇ) ලිපිනය :
(ඉ) භාණ්ඩ අංකය :
(ඊ) විද්‍යුත් තැපෑල :
(උ) වෙබ් අඩවිය (නිබේනම්) :

4. රසායනාගාරයේ පිහිටීම :

පළාත	
දිස්ත්‍රික්කය	

5. රසායනාගාරයේ වර්ගය

- (අ) ස්වයංක්‍රීය :
(ආ) අර්ධ ස්වයංක්‍රීය :
(ඇ) ජංගම රසායනාගාරය :
(ඈ) රැස්කිරීමේ මධ්‍යස්ථානය :

6. හිමිකාරත්වය (අදාළ කොටුවේ (✓) ලකුණ යොදන්න)

- (අ) පොදු සමාගමක්
(ආ) පෞද්ගලික සමාගමක්
(ඇ) හිමිකාරත්ව පෞද්ගලික රෝහලක්
(ඈ) සමුපකාර රෝහලක්
(ඉ) වතු අයිතිකාර රෝහලක්
(ඊ) වෙනත්
(උ) ආයතනය පිහිටවූ දිනය
(ඌ) ව්‍යාපාර ලියාපදිංචි අංකය

7. (i) පරිපාලන කාර්ය මණ්ඩලය :

නම	නම	සම්බන්ධ කරගත හැකි දුරකථන අංක
සභාපති:.....		
ප්‍රධාන විධායක නිලධාරි/කළමනාකරන අධ්‍යක්ෂ :.....		
පරිපාලන නිලධාරි :.....		
ගණකාධිකාරි :.....		
අනෙකුත් ප්‍රධාන කාර්යමණ්ඩල :.....		

(ii) වෛද්‍යවරුන්, විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන් ඇතුළුව මෙම ආයතනය යටතේ වෘත්තීයේ නියැලී වෛද්‍ය කාර්ය මණ්ඩලයේ තොරතුරු අමුණුමක් වශයෙන් ඉදිරිපත් කළ යුතුය:

රසායනාගාර කාර්ය මණ්ඩලය :

1. ව්‍යාධිවේදඥ:
2. වෛද්‍ය රසායනාගාර කාර්මික විද්‍යාඥ (ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය) :
3. සුදුසුකම් :
4. ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය :
5. උපාධිය/පශ්චාත් උපාධිය ලබාගත් රට සහ එම වෛද්‍ය විද්‍යාලයේ නම :

(iii) රජයේ හෝ පෞද්ගලික අංශයේ සේවයේ යොදවා ඇති ද යන වග:-

රාජ්‍ය අංශයේ නම් එම වෛද්‍ය ආයතනයේ නම සහ දැනට දරන තනතුර සඳහන් කරන්න

8. ලබාගත හැකි පහසුකම් :

9. දැනට තිබෙන යන්ත්‍ර සූත්‍ර/ උපකරණ :

(අ) වෛද්‍ය උපකරණ :

10. අපද්‍රව්‍ය බැහැර කිරීමේ ක්‍රමය :

11. විකිරණවේද පහසුකම් තිබේ ද යන වග :

12. එසේ නම් පරමාණු බලශක්ති අධිකාරිය විසින් නිකුත් කරන ලද බලපත්‍රයේ අංකය :

13. අයදුම් පත ලියාපදිංචිය අලුත් කිරීම සඳහා නම් දැනට තිබෙන ලියාපදිංචි සහතිකයේ පිටපතක් අමුණා තිබේද යන වග :

14. දැනට තිබෙන ලියාපදිංචි සහතිකයේ අංකය :

15. සහතිකයේ වලංගු කාලය : දින දක්වා :

ගාස්තු ගෙවා තිබේ ද යන වග:

එසේ නම් ලදුපතේ පිටපතක් අමුණා තිබේ ද :

ඔව්

නැත

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව සහතික කරමි. මා විසින් සපයා ඇති යම් තොරතුරක් සාවද්‍ය හෝ වැරදි සහගත බව සොයාගනු ලැබූ ඕනෑම අවස්ථාවක මාගේ අයදුම්පත හෝ ලියාපදිංචි කිරීමේ සහතිකය අවලංගු කිරීමට බලධාරියාට හැකි බව මා දන්නා බවත් වැඩිදුරටත් ප්‍රකාශ කරමි.

ආයතනය ක්‍රියාත්මක කරනු ලබන හෝ පවත්වාගෙන යනු ලබන පුද්ගලයාගේ අත්සන:

නම:

තනතුර:

මෙය සම්පූර්ණ කිරීමෙන් පසු කරුණාකර අදාළ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂවරයා මගින් පහත සඳහන් ලිපිනයට ආපසු එවන්න.

ලේකම්, පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා නියාමන සභාව,

සෞඛ්‍ය ආරක්ෂන හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය,

සුවසිරිපාය

අංක. 385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,

කොළඹ 10.

දුරකථන අංකය : 011 2674680

ඉහත අයදුම්පත මෙමගින් ඉදිරිපත් කරමි.

.....

අත්සන

අදාළ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ.

මුද්‍රාව

.....

දිනය



සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය

III වන ඇමුණුම

පූර්ණකාලීන පෞද්ගලිකව සාමාන්‍ය වෛද්‍ය වෘත්තීය යෙදීම/බෙහෙත් ශාලා/වෛද්‍යසායන සඳහා
ලියාපදිංචි කිරීමේ ආකෘති පත්‍රය

ලියාපදිංචි අංකය :

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි

සාමාන්‍ය තොරතුරු

1. ආයතනය ක්‍රියාත්මක කරනු ලබන/පවත්වාගෙන යනු ලබන පුද්ගලයාගේ නම :
(අ) ලිපිනය (කාර්යාලීය) :
(ආ) ලිපිනය (පෞද්ගලික) :
(ඇ) ආයතනයට ඇති සම්බන්ධතාවය :

2. (අ) වෛද්‍ය ආයතනයේ නම :
(ආ) ලිපිනය :
(ඇ) දුරකථන අංකය (කාර්යාලීය) :
(ඈ) විද්‍යුත් තැපෑල :
(ඉ) වෙබ් අඩවිය (තිබේ නම්) :

3. ආයතනයේ පිහිටීම :

පළාත
දිස්ත්‍රික්කය

4. මෙම ආයතනය යටතේ වෘත්තීය යෙදී සිටින වෛද්‍යවරුන්/විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන් ඇතුළුව කාර්ය මණ්ඩලයේ තොරතුරු ඇමුණුමක් වශයෙන් ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

- (අ) අයදුම් කරන දිනට සිටින විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන්ගේ නම් :
(ආ) වෛද්‍ය නිලධාරීන්ගේ නම් :
(ඇ) අනෙකුත් සේවක පිරිස් වල හා සේවා වර්ග වල නම් :
(ඈ) විශේෂඥ වෛද්‍යවරයාගේ/අනෙකුත් වෛද්‍ය නිලධාරීන්ගේ ස්ථීර සේවා ස්ථානය :
(අ) රජයේ :
(ආ) අනෙකුත් (විස්තර කරන්න) :
(ඉ) පූර්ණ කාලීන හෝ අර්ධ කාලීන ද යන වග :
(ඊ) උපාධිය ලබාගත් විද්‍යාලයේ නම :
(උ) රට :
(ඌ) ප්‍රාථමික උපාධිය :
(එ) පශ්චාත් උපාධි සුදුසුකම් සහ එම උපාධියේ නම, දිනය සහ ආයතනයේ නම :
(ඒ) ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය සහ දිනය :

5. විශේෂඥ වෛද්‍ය නිලධාරීන්ගේ/අනෙකුත් නිලධාරීන්ගේ ස්ථීර රැකියා ස්ථානය :

- (අ) රජයේ :
(ආ) අනෙකුත් (නිශ්චිතව දක්වන්න)

රජයේ ආයතනයක නම් රෝහලේ/වෛද්‍ය ආයතනයේ නම සහ ලිපිනය සහ නිලධාරියා විසින් දැනට දරනු ලබන තනතුර :

6. වෘත්තියේ ස්වභාවය :

සමූහ	
ඒක පුද්ගල	
අනෙකුත්	

7. වෘත්තියේ යෙදෙන පැය ගණන :

8. වාර්තා තබා ගන්නා ආකාරය :
පරිගණක මූල වාර්තා පද්ධතිය:
- අනිත් වාර්තා තැබීම:
- වෙනත්:

9. විශේෂඥ උපදේශන සේවා සඳහා පහසුකම් :

10. වෛද්‍ය රසායනාගාරයක් තිබේ ද යන වග :

11. බෙහෙත් ශාලාව :

12. විකිරණ සේවා තිබේ ද යන වග :

13. එසේ නම් පරමාණු බල ශක්ති අධිකාරිය මගින් නිකුත් කරන ලද බලපත්‍රයේ අංකය :

14. ලබාගත හැකි/සපයනු ලබන අනෙකුත් පහසුකම් (නිශ්චිතව දක්වන්න) :

15. පරිශ්‍රයේ නිමිකාරත්වය :

16. වෘත්තියේ යෙදෙනුයේ, සාමාන්‍ය වෛද්‍ය වෘත්තියකයෙකු හෝ
විශේෂඥ වෛද්‍ය වෘත්තියකයෙකු වශයෙන් ද යන වග :
එසේ නම් විශේෂඥතාවය කුමක් ද යන වග :

17. සායනික අපද්‍රව්‍ය බැහැර කිරීමේ ක්‍රමය :

18. උපකරණ සහ සැරහුම් ජීවානුහරණය කිරීමේ ක්‍රමය :

19. කලින් වේලාවක් වෙන් කරවා ගැනීමේ ක්‍රමයක් තිබේ ද යන වග :

ඔව්

නැත

20. අයදුම්පත ලියාපදිංචිය අලුත් කිරීම සඳහා නම් දැනට තිබෙන ලියාපදිංචි සහතිකයේ පිටපතක් අමුණා තිබේ ද යන වග :
තනතුර :

21. දැනට තිබෙන ලියාපදිංචි සහතිකයේ අංකය :

22. සහතිකයේ වලංගු කාලය :දින දක්වා :

23. ගාස්තු ගෙවා තිබේ ද යන වග :

එසේ නම් ලදුපතේ පිටපතක් අමුණා තිබේ ද ?

ඔව්

නැත

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව සහතික කරමි. මා විසින් සපයා ඇති යම් තොරතුරක් සාවද්‍ය හෝ වැරදි සහගත බව සොයාගනු ලැබූ ඕනෑම අවස්ථාවක මාගේ අයදුම්පත හෝ ලියාපදිංචි කිරීමේ සහතිකය අවලංගු කිරීමට බලධාරියාට හැකි බව මා දන්නා බවත් වැඩිදුරටත් ප්‍රකාශ කරමි.

ආයතනය ක්‍රියාත්මක කරනු ලබන හෝ පවත්වාගෙන යනු ලබන පුද්ගලයාගේ අත්සන:

නම:

තනතුර:

මෙය සම්පූර්ණ කිරීමෙන් පසු කරුණාකර අදාළ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂවරයා මගින් පහත සඳහන් ලිපිනයට ආපසු එවන්න.

ලේකම්, පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා නියාමන සභාව,

සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය

සුවසිරිපාය

අංක. 385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,

කොළඹ 10.

දුරකථන: 011 2674680

ඉහත අයදුම්පත මෙමගින් ඉදිරිපත් කරමි.

.....
අත්සන

අදාළ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ



.....
දිනය



1V වන අමුණුම

සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය

අර්ධකාලීන/පෞද්ගලික සාමාන්‍ය වෛද්‍ය වෘත්තීයේ යෙදීම/බෙහෙත් ශාලා/වෛද්‍ය/සායන සඳහා ලියාපදිංචි කිරීමේ ආකෘති පත්‍රය

ලියාපදිංචි අංකය :

කාර්යාලීය භාවිතය සඳහා පමණි

සාමාන්‍ය තොරතුරු

1. ආයතනය ක්‍රියාත්මක කරනු ලබන හෝ පවත්වාගෙන යනු ලබන පුද්ගලයාගේ නම :
2. (අ) ලිපිනය (කාර්යාලයීය) :
(පුද්ගලික) :
(ආ) දුරකථන අංකය :
(ඇ) ආයතනයට ඇති සබඳතාවය :
3. (අ) වෛද්‍ය ආයතනයේ නම :
(ආ) ලිපිනය :
(ඇ) දුරකථන අංකය (කාර්යාලයීය) :
(ඈ) විද්‍යුත් තැපෑල :
(ඉ) වෙබ් අඩවිය :
4. ආයතනයේ පිහිටීම :

දිස්ත්‍රික්කය :

පළාත :

5. වෛද්‍යවරුන්, විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන් ඇතුළුව මෙම ආයතනය යටතේ වෘත්තීයේ නියැලී වෛද්‍ය කාර්ය මණ්ඩලයේ තොරතුරු ඇමුණුමක් වශයෙන් කළ යුතුය

1. අයදුම්පත ඉදිරිපත් කරන දිනට සේවයේ යෙදී සිටින වෛද්‍ය නිලධාරියාගේ/විශේෂඥ වෛද්‍ය නිලධාරියාගේ නම:
2. වෛද්‍ය උපාධිය ලබාගත් වෛද්‍ය විද්‍යාලයේ නම :
3. රට :
4. අනෙකුත් සේවක පිරිස්වල සහ සේවා වර්ග වල නම් :
5. විශේෂඥ වෛද්‍යවරයාගේ/වෛද්‍ය නිලධාරියාගේ/අනෙකුත් අයගේ ස්ථීර රැකියා ස්ථානය:
(අ) රජයේ :
(ආ) අනෙකුත් (නිශ්චිතව දක්වන්න) :
රජයේ නම් රෝහලේ/වෛද්‍ය ආයතනයේ නම සහ නිලධාරියා දැනට දරනු ලබන තනතුර :
6. (අ) ප්‍රාථමික උපාධිය :
(ආ) උපාධිය ලබාගත් වෛද්‍ය විද්‍යාලයේ නම :
7. පශ්චාත් උපාධි සුදුසුකම් සහ උපාධිය පිරිනමන ලද ආයතනයේ නම සහ දිනය :
8. ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය සහ දිනය :
9. වෘත්තියේ ස්වාභාවය :

සමූහ :	
ඒක පුද්ගල :	
අනෙකුත් :	

10. වෘත්තියේ යෙදෙන පැය ගණන :

11. වාර්තා තබා ගන්නා ආකාරය :

පරිගණක මූල වාර්තා පද්ධතිය :

අතින් වාර්තා තැබීම :

වෙනත් :

12. විශේෂඥ උපදේශන සේවා සඳහා පහසුකම් :

13. වෛද්‍ය රසායනාගාරයක් තිබේ ද යන වග:

14. බෙහෙත් ශාලාව:

15. විකිරණ සේවා තිබේ ද යන වග:

16. එසේ නම් පරමාණු බල ශක්ති අධිකාරියෙන් නිකුත් කරන ලද බලපත්‍රයේ අංකය:

17. සපයනු ලබන/සපයනු ලැබිය හැකි අනෙකුත් පහසුකම් (නිශ්චිතව දක්වන්න):

18. පරිශ්‍රයේ හිමිකාරත්වය:

19. වෘත්තියේ යෙදෙනුයේ,

සාමාන්‍ය වෛද්‍ය වෘත්තිකයෙකු

හෝ

විශේෂඥ වෛද්‍ය වෘත්තිකයෙකු

වශයෙන්ද යන වග

එසේ නම් විශේෂඥතාවය කුමක්ද යන වග

20. සායනික අපද්‍රව්‍ය බැහැර කිරීමේ ක්‍රමය :

21. උපකරණ සහ සැරහුම් ජීවානුහරණය කිරීමේ ක්‍රමය :

22. කලින් වේලාවක් වෙන් කරවා ගැනීමේ ක්‍රමයක් තිබේද යන වග :

ඔව් ☐ නැත ☐

23. අයදුම්පත ලියාපදිංචිය අදුන් කිරීම සඳහා නම් දැනට තිබෙන ලියාපදිංචි සහතිකයේ පිටපතක් අමුණා තිබේද යන වග :

24. දැනට තිබෙන ලියාපදිංචි සහතිකයේ අංකය :

25. සහතිකයේ වලංගු කාලය : දින දක්වා :

26. ගාස්තු ගෙවා තිබේද යන වග :

එසේ නම් ලදුපතේ පිටපතක් අමුණා තිබේ ද?

ඔව් ☐ නැත ☐

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව සහතික කරමි. මා විසින් සපයා ඇති යම් තොරතුරක් සාවද්‍ය හෝ වැරදි සහගත බව සොයාගනු ලැබූ ඕනෑම අවස්ථාවක මාගේ අයදුම්පත හෝ ලියාපදිංචි කිරීමේ සහතිකය අවලංගු කිරීමට බලධාරියාට හැකි බව මා දන්නා බවත් වැඩිදුරටත් ප්‍රකාශ කරමි.

ආයතනය ක්‍රියාත්මක කරනු ලබන හෝ පවත්වාගෙන යනු ලබන පුද්ගලයාගේ අත්සන:

නම:

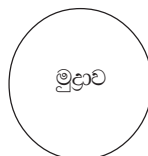
තනතුර:

මෙය සම්පූර්ණ කිරීමෙන් පසු කරුණාකර අදාළ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂවරයා මගින් පහත සඳහන් ලිපිනයට ආපසු එවන්න.

ලේකම්, පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා නියාමන සභාව,
සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය
සුවසිරිපාය
අංක. 385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,
කොළඹ 10.
දුරකථන: 011 2674680

ඉහත අයදුම්පත මෙමගින් ඉදිරිපත් කරමි.

.....
අත්සන
අදාළ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ



.....
දිනය



V වන අමුණුම

සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය

පූර්ණ කාලීන පෞද්ගලික දත්ත ශල්‍ය වෛද්‍ය සේවා ලියාපදිංචි කිරීමේ ආකෘති පත්‍රය

ලියාපදිංචි අංකය :

අමාත්‍යාංශ විසින් සඳහන් කිරීම සඳහා

සාමාන්‍ය නොරතුරු

1. (අ) ආයතනය ක්‍රියාත්මක කරවන හෝ පවත්වාගෙන යන පුද්ගලයාගේ නම :

(ආ) ආයතනයට ඇති සබඳතාවය :

(ඇ) ලිපිනය :

2. (අ) ආයතනයේ නම :

(ආ) ලිපිනය :

3. ආයතනයේ පිහිටීම :

දිස්ත්‍රික්කය :

පළාත :

4. අයදුම්පත ඉදිරිපත් කරන දිනට ආයතනයට අනුයුක්ත වෛද්‍ය නිලධාරීන්ගේ සහ අනෙකුත් කාර්ය මණ්ඩලයේ විස්තර :

1. අයදුම්පත ඉදිරිපත් කරන දිනට සේවයේ යෙදී සිටින වෛද්‍ය නිලධාරියාගේ/විශේෂඥ වෛද්‍යනිලධාරියාගේ නම:

(අ) දත්ත ශල්‍ය වෛද්‍යවරයාගේ නම/ අනෙකුත් අයගේ නම :

(ආ) ලිපිනය :

පෞද්ගලික	
සේවා ස්ථානය	
පෞද්ගලික වෛද්‍ය වෘත්තිය 1	
පෞද්ගලික වෛද්‍ය වෘත්තිය 11	

(වෛද්‍ය වෘත්තියේ යෙදෙන කාර්ය මණ්ඩලයේ සහ අනෙකුත් පිරිසේ එක් අයෙකුට වැඩි සංඛ්‍යාවක් සේවයේ යෙදී සිටි නම් ඔවුන් පිළිබඳ විස්තර අයදුම්පතට වෙනමම පත්‍රිකාවක් ලෙස අමුණා ඉදිරිපත් කළ යුතුය.)

(ඇ) සන්නිවේදනය :

පොදු දුරකථන අංකය :	
ෆැක්ස් අංකය :	
ජංගම දුරකථන අංකය :	
විද්‍යුත් තැපෑල :	

(ඈ) ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය :

(ඉ) සුදුසුකම්	ප්‍රාථමික	පශ්චාත්	වර්ෂය	විශ්ව විද්‍යාලය	රට

(ඊ) රජයේ නිලධාරියෙක් ද නැතිද යන වග (පිළිතුර ඔව් නම්, ආයතනයේ නම සහ එම නිලධාරියා විසින් දැනට දරනු ලබන තනතුර)

(උ) වෘත්තීය ස්වභාවය:

පූර්ණ කාලීන	
සමූහ	
ඒක පුද්ගල	
පෞද්ගලික රෝහල් / සාත්තු නිවාස	
පෞද්ගලික දත්ත වෛද්‍ය	

(ඌ) වෘත්තීය යොදන පැය ගණන :

5. වාර්තා පවත්වාගෙන යනු ලබන ක්‍රමය :

පරිගණක මූල වාර්තා පද්ධති :

අනිත් වාර්තා තැබීම :

6. බාහිර විශේෂයින් සේවය කරන්නන් ද යන වග :

7. දත්ත රසායනාගාර පහසුකම් :

8. එක්ස් කිරණ පහසුකම් :

(අ) පරමාණු බල ශක්ති අධිකාරිය විසින් නිකුත් කරන ලද බලපත්‍රයේ අංකය:

9. හදිසි ප්‍රතිකාර කට්ටලයක් තිබේද යන වග

10. සපයනු ලබන / සපයනු ලැබිය හැකි අනෙකුත් පහසුකම් (නිශ්චිතව දක්වන්න):

11. නිමිකාරත්වය:

තමන්ගේම ආදේශක

12. වෘත්තීය යෙදෙනුයේ,

සාමාන්‍ය වෛද්‍ය වෘත්තිකයෙකු හෝ

විශේෂඥ වෛද්‍ය වෘත්තිකයෙකු වශයෙන්ද යන වග.

එසේ නම් විශේෂඥතාවය කුමක්ද යන වග :

13. සායනික අපද්‍රව්‍ය බැහැර කිරීමේ ක්‍රමය :

14. උපකරණ සහ සැරහුම් ජීවානුහරණය කිරීමේ ක්‍රමය :

15. කලින් වේලාවක් වෙන් කරවා ගැනීමේ ක්‍රමයක් තිබේද යන වග :

ඔව් නැත

16. සේවා සැපයීම සඳහා වන උපකරණ සහ පහසුකම් (ලැයිස්තුවක් අමුණන්න) :

17. අයදුම්පත ලියාපදිංචිය අලුත් කිරීම සඳහා නම් දැනට තිබෙන ලියාපදිංචි සහතිකයේ පිටපතක් අමුණා තිබේද යන වග :

ඔව් නැත

18. දැනට තිබෙන ලියාපදිංචි සහතිකයේ අංකය:

19. සහතිකයේ වලංගු කාලය :.....දින දක්වා

20. ගාස්තු ගෙවා තිබේද යන වග :

එසේ නම් ලදුපතේ පිටපතක් අමුණා තිබේද :

ඔව්

නැත

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව සහතික කරමි. මා විසින් සපයා ඇති යම් තොරතුරක් සාවද්‍ය හෝ වැරදි සහගත බව සොයාගනු ලැබූ ඕනෑම අවස්ථාවක මාගේ අයදුම්පත හෝ ලියාපදිංචි කිරීමේ සහතිකය අවලංගු කිරීමට බලධාරියාට හැකි බව මා දන්නා බවත් වැඩිදුරටත් ප්‍රකාශ කරමි.

ආයතනය ක්‍රියාත්මක කරනු ලබන හෝ පවත්වාගෙන යනු ලබන පුද්ගලයාගේ අත්සන :

නම :

තනතුර :

මෙය සම්පූර්ණ කිරීමෙන් පසු කරුණාකර අදාළ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂවරයා මගින් පහත සඳහන් ලිපිනයට ආපසු එවන්න.

ලේකම්, පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා නියාමන සභාව,
සෞඛ්‍ය ආරක්ෂන හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය
සුවසිරිපාය
අංක 385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,
කොළඹ 10.
දුරකථන: 011 2674680

ඉහත අයදුම්පත මෙ මගින් ඉදිරිපත් කරමි.

.....

අත්සන

අදාළ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ



.....

දිනය



VI වන අමුණුම

සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය

අර්ධ කාලීන පෞද්ගලික දත්ත ශෛල්‍ය කටයුතු ලියාපදිංචි කිරීමේ ආකෘති පත්‍රය

ලියාපදිංචි අංකය :

අමාත්‍යාංශය විසින් සඳහන් කිරීම සඳහා පමණි

සාමාන්‍ය තොරතුරු

1. (අ) ආයතනය ක්‍රියාත්මක කරවන හෝ පවත්වාගෙන යන පුද්ගලයාගේ නම :

2. (අ) ලිපිනය :

(ආ) දුරකථන අංකය :

(i) කාර්යාලීය :

(ii) පෞද්ගලික :

3. ආයතනයේ නම :

4. (අ) ලිපිනය :

(ආ) දුරකථන අංකය :

5. ආයතනයේ පිහිටීම :

දිස්ත්‍රික්කය

පළාත

6. අයදුම්පත ඉදිරිපත් කරන දිනට ආයතනයට අනුයුක්ත වෛද්‍ය නිලධාරීන් ගේ සහ අනෙකුත් කාර්යය මණ්ඩලයේ විස්තර :

(අ) නම :

(ආ) ලිපිනය :

පෞද්ගලික	
සේවා ස්ථානය	
පෞද්ගලික වෛද්‍ය වෘත්තීය 1	
පෞද්ගලික වෛද්‍ය වෘත්තීය 11	

(වෛද්‍ය වෘත්තීයේ කාර්ය මණ්ඩලයේ සහ අනෙකුත් පිරිසේ එක් අයෙකුට වැඩි සංඛ්‍යාවක් සේවයේ යෙදී සිටී නම් ඔවුන් පිළිබඳ විස්තර අයදුම්පතට වෙනමම පත්‍රිකාවක් ලෙස අමුණා ඉදිරිපත් කළ යුතුය.)

(ඇ) සන්නිවේදනය :

පොදු දුරකථන අංකය :	
ෆැක්ස් අංකය :	
ජංගම දුරකථන අංකය :	
විද්‍යුත් තැපෑල :	

(ඉ) ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය :

සුදුසුකම්	ප්‍රාග්ධන	පශ්චාත්	වර්ෂය	විශ්ව විද්‍යාලය	රට

(ඊ) රජයේ නිලධාරියෙක් ද නැති ද යන වග (පිළිතුර ඔව් නම්, ආයතනයේ නම සහ එම නිලධාරියා විසින් දැනට දරනු ලබන තනතුර)

(උ) වෘත්තීය ස්වභාවය :

පූර්ණ කාලීන	
සමූහ	
ඒක පුද්ගල	
පෞද්ගලික රෝහල්/සාත්තු නිවාස	
පෞද්ගලික දන්ත වෛද්‍ය	

(ඌ) වෘත්තීය යෙදෙන පැය ගණන :

7. වාර්තා පවත්වාගෙන යනු ලබන ක්‍රමය :— පරිගණක මූල වාර්තා පද්ධති :—
 අතින් වාර්තා තැබීම
8. බාහිර විශේෂඥයින් සේවය කරන්නේ ද යන වග :—
9. දත්ත රසායනාගාර පහසුකම් :—
10. එක්ස් කිරණ පහසුකම් :—
 (අ) පරමාණු බලශක්ති අධිකාරිය විසින් නිකුත් කළ බලපත්‍රයේ අංකය :—
11. හදිසි ප්‍රතිකාර කට්ටලයක් තිබේද යන වග :—
12. සපයනු ලබන /සපයනු ලැබිය හැකි අනෙකුත් පහසුකම් (නිශ්චිතව දක්වන්න) :—
13. හිමිකාරත්වය :—
 තමන්ගේම ආදේශක
14. වෘත්තීය යෙදෙනුයේ,
 සාමාන්‍ය වෛද්‍යවෘත්තිකයෙකු හෝ
 විශේෂඥ වෛද්‍ය වෘත්තිකයෙකු වශයෙන් ද යන වග
 එසේ නම් විශේෂඥතාවය කුමක් ද යන වග :—
15. සායනික අපද්‍රව්‍ය බැහැර කිරීමේ ක්‍රමය :—
16. උපකරණ සහ සැරහුම් ජීවානුහරණය කිරීමේ ක්‍රමය :—
17. කලින් චේලාවක් වෙන් කරවා ගැනීමේ ක්‍රමයක් තිබේද යන වග :—
 ඔව් නැත
18. සේවා සැපයීම සඳහා වන උපකරණ සහ පහසුකම් (ලැයිස්තුවක් අමුණන්න.)
19. අයදුම්පත ලියාපදිංචිය අලුත් කිරීම සඳහා නම් දැනට තිබෙන ලියාපදිංචි සහතිකයේ පිටපතක් අමුණා තිබේද යන වග :—
20. දැනට තිබෙන ලියාපදිංචි සහතිකයේ අංකය :—
21. සහතිකයේ වලංගු කාලය දින දක්වා :—
22. ගාස්තු ගෙවා තිබේද යන වග :—
 එසේ නම් ලදුපතේ පිටපතක් අමුණා තිබේද :—
 ඔව් නැත

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව සහතික කරමි. මා විසින් සපයා ඇති යම් තොරතුරක් සාවද්‍ය හෝ වැරදි සහගත බව සොයාගනු ලැබූ ඕනෑම අවස්ථාවක මාගේ අයදුම්පත හෝ ලියාපදිංචි කිරීමේ සහතිකය අවලංගු කිරීමට බලධාරියාට හැකි බව මා දන්නා බවත් වැඩිදුරටත් ප්‍රකාශ කරමි.

ආයතනය ක්‍රියාත්මක කරනු ලබන හෝ පවත්වාගෙන යනු ලබන පුද්ගලයාගේ අත්සන :—

නම :

දිනය.....

තනතුර :

මෙය සම්පූර්ණ කිරීමෙන් පසු කරුණාකර අදාළ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂවරයා මගින් පහත සඳහන් ලිපිනයට ආපසු එවන්න.

ලේකම්, පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය නියාමන සභාව,
සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය,
සුවසිරිපාය,
385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,
කොළඹ 10.
දුරකථන : 011 2674680

ඉහත අයදුම්පත මෙමගින් ඉදිරිපත් කරමි.

.....,
අත්සන
අදාළ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ



.....,
දිනය



VII වන අංශය

සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය
පූර්ණකාලීන වෛද්‍ය විශේෂඥ වෘත්තීය යෙදීම සඳහා ලියාපදිංචි වීමේ ආකෘති පත්‍රය

ලියාපදිංචි අංකය :

අමාත්‍යාංශය විසින් සඳහන් කිරීම සඳහා පමණි.

සාමාන්‍ය තොරතුරු

1. ආයතනයේ නම :
2. ලිපිනය :
3. (අ) ආයතනය ක්‍රියාත්මක කරවන හෝ පවත්වාගෙන යන පුද්ගලයාගේ නම :
(ආ) ආයතනයට ඇති සම්බන්ධතාවය :

	ලිපිනය
රාජකාරි	
නිවස	
පෞද්ගලික වෘත්තිය	

4. සන්නිවේදනය :

	රාජකාරි	නිවස
දුරකථන අංකය		
ෆැක්ස් අංකය		
ජංගම දුරකථන අංකය		
විද්‍යුත් තැපෑල		

5. වෛද්‍යවරුන්, විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන් ඇතුළුව මෙම ආයතනය යටතේ වෘත්තීයේ නියැලී වෛද්‍ය කාර්ය මණ්ඩලයේ තොරතුරු ඇමුණුමක් වශයෙන් ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

(අ) අයදුම්කරණ දිනට සේවයේ යෙදී සිටින විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන්ගේ නම් :

(ආ) වෛද්‍ය නිලධාරීන්ගේ නම් :

(ඇ) අනිකුත් සේවක පිරිස් වල සහ සේවා වර්ගවල නම් :

(ඈ) විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන් /අනෙකුත් අය ස්ථිරව සේවයේ යෙදී සිටින ස්ථානය :

(අ) රජයේ :

(ආ) අනිකුත් (නිශ්චිතව දක්වන්න) :

(ඉ) පූර්ණ කාලීනව ද නැතිනම් අර්ධකාලීනව ද යන වග :

(ඊ) පශ්චාත් උපාධි සුදුසුකම් හා උපාධිය පිරිනැමූ ආයතනයේ නම සහ දිනය :

(උ) ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය සහ දිනය :

6.

සුදුසුකම්	ප්‍රාථමික	පශ්චාත්	වර්ෂය	විශ්වවිද්‍යාලය	රට

7. වෘත්තීයේ ස්වභාවය :

පූර්ණ කාලීන	
සමුහ	
ඒක පුද්ගල	
පෞද්ගලික රෝහල්/සාත්තු නිවාස	
පෞද්ගලික දන්ත වෛද්‍ය	

8. වෘත්තීයේ යොදන පැය ගණන :

9. ආයතනයේ පිහිටීම :

දිස්ත්‍රික්කය :

පළාත :

10. වෘත්තියේ විශේෂඥතාවය :

1. වාර්තා පවත්වාගෙන යනු ලබන ක්‍රමය :

පරිගණක මූල වාර්තා පද්ධති :

අතින් වාර්තා තැබීම :

12. හඳිසි ප්‍රතිකාර කට්ටලයක් තිබේද යන වග :-

13. සපයනු ලබන / සපයනු ලැබිය හැකි අනෙකුත් පහසුකම් (නිශ්චිතව දක්වන්න) :

14. හිමිකාරත්වය :

තමන්ගේම :

ආදේශක :

15. සායනික අපද්‍රව්‍ය බැහැර කිරීමේ ක්‍රමය :

16. උපකරණ සහ සැරසුම් ජීවානුහරණය කිරීමේ ක්‍රමය :

17. කලින් වේලාවක් වෙන් කරවා ගැනීමේ ක්‍රමයක් තිබේද යන වග :

ඔව් :

නැත :

18. සේවා සැපයීම සඳහා වන උපකරණ සහ පහසුකම් (ලැයිස්තුවක් අමුණන්න) :

19. අයදුම්පත ලියාපදිංචිය අලුත් කිරීම සඳහා නම් දැනට තිබෙන ලියාපදිංචි සහතිකයේ පිටපතක් අමුණා තිබේද යන වග :

20. දැනට තිබෙන ලියාපදිංචි සහතිකයේ අංකය :

21. සහතිකයේ වලංගු කාලය දින දක්වා :-

22. ගාස්තු ගෙවා තිබේද යන වග :

එසේ නම් ලදුපතේ පිටපතක් අමුණා තිබේ ද :

ඔව් :

නැත :

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව සහතික කරමි. මා විසින් සපයා ඇති යම් තොරතුරක් සාවද්‍ය හෝ වැරදි සහගත බව සොයාගනු ලැබූ ඕනෑම අවස්ථාවක මාගේ අයදුම්පත හෝ ලියාපදිංචි කිරීමේ සහතිකය අවලංගු කිරීමට බලධාරියාට හැකි බව මා දන්නා බවත් වැඩි දුරටත් ප්‍රකාශ කරමි.

ආයතනය ක්‍රියාත්මක කරනු ලබන හෝ පවත්වාගෙන යනු ලබන පුද්ගලයා ගේ අත්සන :

නම :

තනතුර :

මෙය සම්පූර්ණ කිරීමෙන් පසු කරුණාකර අදාළ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂවරයා මගින් පහත සඳහන් ලිපිනයට ආපසු එවන්න :

ලේකම්,
පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා නියාමන සභාව,
සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය
සුවසිරි පාය,
නො 385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,
කොළඹ 10.

දුරකථන අංකය : 011-2674680.

ඉහත අයදුම්පත මෙමගින් ඉදිරිපත් කරමි.

.....,
අත්සන
අදාළ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ.



.....,
දිනය.



සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය
අර්ධ කාලීන වෛද්‍ය විශේෂඥ වෘත්තීයේ යෙදීම සඳහා ලියාපදිංචි වීමේ ආකෘති පත්‍රය

VIII වන අමුණුම

ලියාපදිංචි අංකය :

අමාත්‍යාංශ විසින් සඳහන් කිරීම සඳහා පමණි.

සාමාන්‍ය තොරතුරු

1. ආයතනයේ නම :
2. ලිපිනය :
3. (අ) ආයතනය ක්‍රියාත්මක කරවන හෝ පවත්වාගෙන යන පුද්ගලයාගේ නම :
(ආ) ආයතනයට ඇති සම්බන්ධතාවය :

	ලිපිනය
රාජකාරී	
නිවස	
පෞද්ගලික වෘත්තීය	

4. සන්නිවේදනය :

	රාජකාරී	නිවස
දුරකථන අංකය		
ෆැක්ස් අංකය		
ජංගම දුරකථන අංකය		
විද්‍යුත් තැපෑල		

5. වෛද්‍යවරුන්, විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන් ඇතුළුව මෙම ආයතනය යටතේ වෘත්තීයේ නියුලී වෛද්‍ය කාර්ය මණ්ඩලයේ තොරතුරු ඇමුණුමක් වශයෙන් ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

- (අ) අයදුම්කරන දිනට සේවයේ යෙදී සිටින විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන්ගේ නම් :
- (ආ) වෛද්‍ය නිලධාරීන්ගේ නම් :
- (ඇ) අනිකුත් සේවක පිරිස් වල සහ සේවා වර්ගවල නම් :
- (ඈ) විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන් / අනෙකුත් අය ස්ථිරව සේවයේ යෙදී සිටින ස්ථානය :
- (අ) රජයේ :
- (ආ) අනිකුත් (නිශ්චිතව දක්වන්න) :
- (ඉ) පූර්ණ කාලීනව ද නැතිනම් අර්ධකාලීනව ද යන වග :
- (ඊ) පශ්චාත් උපාධි සුදුසුකම් හා උපාධිය පිරිනැමූ ආයතනයේ නම සහ දිනය :
- (උ) ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය සහ දිනය :

6.

සුදුසුකම්	ප්‍රාථමික	පශ්චාත්	වර්ෂය	විශ්වවිද්‍යාලය	රට

7. වෘත්තීය ස්වභාවය :

පූර්ණ කාලීන	
සමූහ	
ඒක පුද්ගල	
පෞද්ගලික රෝහල්/සාත්තු නිවාස	
පෞද්ගලික දන්ත වෛද්‍ය	

8. රජයේ නිලධාරියෙක් ද නැති ද යන වග (පිළිතුර ඔව් නම්, ආයතනයේ නම සහ එම නිලධාරියා විසින් දැනට දරනු ලබන තනතුර) :

9. වෘත්තියේ යෙදෙන පැය ගණන :

10. ආයතනයේ පිහිටීම :

දිස්ත්‍රික්කය

පළාත

11. විශේෂඥතාවය :

12. වාර්තා පවත්වාගෙන යනු ලබන ක්‍රමය :

පරිගණක මූල වාර්තා පද්ධති

අතින් වාර්තා තැබීම

13. හඳිසි ප්‍රතිකාර කට්ටලයක් තිබේද යන වග :

14. සපයනු ලබන / සපයනු ලැබිය හැකි අනෙකුත් පහසුකම් (නිශ්චිතව දක්වන්න) :

15. හිමිකාරත්වය :

තමන්ගේම

ආදේශක

16. සායනික අපද්‍රව්‍ය බැහැර කිරීමේ ක්‍රමය :

17. උපකරණ සහ සැරහුම් ජීවානුහරණය කිරීමේ ක්‍රමය :

18. කලින් වේලාවක් වෙන් කරවා ගැනීමේ ක්‍රමයක් තිබේද යන වග :

ඔව්

නැත

19. සේවා සැපයීම සඳහා වන උපකරණ සහ පහසුකම් (ලැයිස්තුවක් අමුණන්න) :

20. අයදුම්පත ලියාපදිංචිය අලුත් කිරීම සඳහා නම් දැනට තිබෙන ලියාපදිංචි සහතිකයේ පිටපතක් අමුණා තිබේද යන වග :

21. දැනට තිබෙන ලියාපදිංචි සහතිකයේ අංකය :

22. සහතිකයේ වලංගු කාලය දින දක්වා :

23. ගාස්තු ගෙවා තිබේද යන වග :

එසේ නම් ලදුපතේ පිටපතක් අමුණා තිබේ ද :

ඔව්

නැත

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව සහතික කරමි. මා විසින් සපයා ඇති යම් තොරතුරක් සාවද්‍ය හෝ වැරදි සහගත බව සොයාගනු ලැබූ ඕනෑම අවස්ථාවක මාගේ අයදුම්පත හෝ ලියාපදිංචි කිරීමේ සහතිකය අවලංගු කිරීමට බලධාරියාට හැකි බව මා දන්නා බවත් වැඩි දුරටත් ප්‍රකාශ කරමි.

ආයතනය ක්‍රියාත්මක කරනු ලබන හෝ පවත්වාගෙන යනු ලබන පුද්ගලයාගේ අත්සන :

නම :

තනතුර :

මෙය සම්පූර්ණ කිරීමෙන් පසු කරුණාකර අදාළ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂවරයා මගින් පහත සඳහන් ලිපිනයට ආපසු එවන්න.

ලේකම් :

පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා නියාමන සභාව,
සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය,
සුවසිරි පාය,
නො 385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,
කොළඹ 10.

දුරකථන අංකය : 011-2674680

ඉහත අයදුම්පත මෙමගින් ඉදිරිපත් කරමි.

.....,
අත්සන,
අදාළ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ.



.....,
දිනය.



සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය

1X වන අමුණුම

වෛද්‍ය මධ්‍යස්ථාන/ රෝගීන් පරීක්ෂා කිරීමේ මධ්‍යස්ථාන /දිවා සත්කාර වෛද්‍ය මධ්‍යස්ථාන /
චුනල් සේවා සඳහා ලියාපදිංචි කිරීමේ ආකෘති පත්‍රය

ලියාපදිංචි අංකය

කාර්යාලයේ ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි.

සාමාන්‍ය තොරතුරු

1. ආයතනයේ නම :

2. ලිපිනය :

3. සන්නිවේදනය

පොදු දුරකථන අංකය :
ෆැක්ස් අංකය :
රිමෝල් :
වෙබ් අඩවිය (නිබේ නම්) :

4. ආයතනයේ පිහිටීම :

පළාත	
දිස්ත්‍රික්කය	

5. (අ) ආයතනය ක්‍රියාත්මක කරනු ලබන/ පවත්වාගෙන යනු ලබන පුද්ගලයාගේ නම :

(ආ) (i) ලිපිනය :

(ii) දුරකථන අංකය : රාජකාරී :

නිවාස :

(ඇ) ආයතනයට ඇති සම්බන්ධතාවය :-

6. වෛද්‍යවරුන්, විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන් ඇතුළුව මෙම ආයතනය යටතේ වෘත්තීයේ නියුලි වෛද්‍ය කාර්ය මණ්ඩලයේ තොරතුරු ඇමුණුමක් වශයෙන් ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

(අ) අයදුම්කරුන් දිනට සේවයේ යෙදී සිටින විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන්ගේ නම :

(ආ) වෛද්‍ය නිලධාරීන්ගේ නම :

(ඇ) අනිකුත් සේවක පිරිස්වල සහ සේවා වර්ගවල නම :

(ඈ) විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන් / අනෙකුත් අය ස්ථිරව සේවයේ යෙදී සිටින ස්ථානය :

(අ) රජයේ :

(ආ) අනිකුත් (නිශ්චිතව දක්වන්න) :

(ඉ) පූර්ණකාලීනව ද නැතිනම් අර්ධකාලීනව ද යන වග :

(ඊ) උපාධිය ලබාගත් වෛද්‍ය විද්‍යාලයේ නම :

(උ) කුමන රටේ ද යන වග :

(ඌ) ප්‍රාථමික උපාධිය :

(එ) පශ්චාත් උපාධි සුදුසුකම් සහ දිනය සහ උපාධිය පිරිනැමූ ආයතනයේ නම :

(ඒ) ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය සහ දිනය :

(ඔ) රජයේ නිලධාරියෙක් ද නැති ද යන වග (පිළිතුර ඔව් නම්, එම නිලධාරියා විසින් දැනට දරනු ලබන තනතුර සහ සේවා ස්ථානය)

7. ආයතනය වර්ගය (අදාළ කොටුවේ (✓) ලකුණ යොදන්න

(i) වෛද්‍ය මධ්‍යස්ථානය

(ii) රෝගීන් පරීක්ෂා කිරීමේ මධ්‍යස්ථානය

(iii) දිවා සත්කාරය වෛද්‍ය මධ්‍යස්ථානය

(iv) වැනල් සේවා

(v) වෙනත්

8. අයිතියේ ස්වාභාවය (අදාළ කොටුවේ (✓) ලකුණ යොදන්න) :

(අ) පොදු සමාගමක්

(ආ) පෞද්ගලික සමාගමක්

(ඇ) වෙනත්

9. ස්ථාපිත දිනය :

10. සමාගමේ / ව්‍යාපාරය ලියාපදිංචි අංකය :

11. ආයෝජන මණ්ඩල ලියාපදිංචි අංකය (නිකේ නම්) :

12. මානව සම්පත් :

(අ) පරිපාලන කාර්ය මණ්ඩලය :

නනතුර	නම	ජාති / සම්බන්ධ විය හැකි දුරකථන අංකය
හිමිකරු/ සහායක		
වෛද්‍ය අධ්‍යක්ෂ / කාර්යභාර වෛද්‍ය නිලධාරී වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය		
කාර්ය භාර හෙදිය වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය		

13. ඒකකය සහ පහසුකම් :

පහසුකම්	ඇත/නැත	පහසුකම්	ඇත/නැත
බාහිර රෝගී අංශය රෝගීන් පරීක්ෂා කිරීමේ කාමර (Consultation Rooms) හදිසි ප්‍රතිකාර ඒකකය ලේ බැංකුව පූර්ණ /අර්ධ ස්වයං රසායනාගාරය දත්ත ශල්‍ය ඒකකය හෘද රෝග අංශය කාන්දු පෙරීමේ ඒකකය ප්‍රතිශක්තිකරණ මධ්‍යස්ථානය විකිරණ වෛද්‍ය එම්.ආර්.අයි. ස්කෑනර්		අති ධ්වනි ස්කෑනර් (Ultra Sound Scanner) හෞත විකිත්සාව සී. එස්.එස්.ඩී ඖෂධාගාරය අපද්‍රව්‍ය අපහරණ පද්ධතිය රෝගී වාර්තා පද්ධතිය ගිලන් රථය රථගාල පුහුණු කිරීමේ පහසුකම් අනිකුත් (කරුණාකර විස්තර කරන්න)	

ඒකක එකකට වඩා ඇත්නම් එම සංඛ්‍යාව සඳහන් කරන්න.

14. පරමාණු බලශක්ති අධිකාරියෙන් බලපත්‍රයක් ලබාගෙන ඇති ද යන වග :

ඔව් : ☐ නැත : ☐

15. එම බලපත්‍රයේ අංකය

16. අයදුම්පත ලියාපදිංචිය අලුත් කිරීම සඳහා නම් දැනට තිබෙන ලියාපදිංචි සහතිකයේ පිටපතක් අමුණා තිබේද යන වග :

17. දැනට තිබෙන ලියාපදිංචි සහතිකයේ අංකය :

18. සහතිකයේ වලංගු කාලය..... දින දක්වා :

19. ගාස්තු ගෙවා තිබේද යන වග :
එසේ නම් ලදුපතේ පිටපතක් අමුණා තිබේද :

ඔව්

☐

නැත

☐

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව සහතික කරමි. මා විසින් සපයා ඇති යම් තොරතුරක් සාවද්‍ය හෝ වැරදි සහගත බව සොයාගනු ලැබූ ඕනෑම අවස්ථාවක මාගේ අයදුම්පත හෝ ලියාපදිංචි කිරීමේ සහතිකය අවලංගු කිරීමට බලධාරියාට හැකි බව මා දන්නා බවත් වැඩි දුරටත් ප්‍රකාශ කරමි.

ආයතනය ක්‍රියාත්මක කරනු ලබන හෝ පවත්වාගෙන යනු ලබන පුද්ගලයාගේ අත්සන :

නම :

තනතුර :

මෙය සම්පූර්ණ කිරීමෙන් පසු කරුණාකර අදාළ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂවරයා මගින් පහත සඳහන් ලිපිනයට ආපසු එවන්න :

ලේකම් :

පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා නියාමන සභාව,
සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය
සුවසිරි පාය,
නො 385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,
කොළඹ 10.

දුරකථන අංකය : 011-2674680

ඉහත අයදුම්පත මෙමගින් ඉදිරිපත් කරමි.

.....,
අත්සන,
අදාළ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ.



.....,
දිනය.



සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය

වෙනත් පෞද්ගලික වෛද්‍ය ආයතන ලියාපදිංචි කිරීම සඳහා ආකෘති පත්‍රය

X වන අංශය

ලියාපදිංචි අංකය :

කාර්යාලයේ ප්‍රයෝජනය සඳහා පමණි.

සාමාන්‍ය තොරතුරු

1. ආයතනයේ නම :

2. ලිපිනය :

3. සන්නිවේදනය

පොදු දුරකථන අංකය :

ෆැක්ස් අංකය :

රිමෝෆ් :

වෙබ් අඩවිය (තිබේ නම්) :

4. ආයතනයේ පිහිටීම :

පළාත	
දිස්ත්‍රික්කය	

5. (අ) ආයතනය ක්‍රියාත්මක කරනු ලබන/ පවත්වාගෙන යනු ලබන පුද්ගලයාගේ නම :

(ආ) (i) ලිපිනය :

(ii) දුරකථන අංකය : රාජකාරී :

පෞද්ගලික :

(ඇ) ආයතනයට ඇති සම්බන්ධතාවය :-

6. ආයතනයේ වර්ගය (අදාළ කොටුවේ (✓) ලකුණ යොදන්න :

(i) ගෘහස්ථ හෙද සත්කාර සේවා

(ii) ලේ බැංකුව

(iii) විද්‍යුත් වෛද්‍ය පද්ධති

(iv) වෙනත්

7. අයිතියේ ස්වාභාවය (අදාළ කොටුවේ (✓) ලකුණ යොදන්න :

(අ) පොදු සමාගමක්

(ආ) පෞද්ගලික සමාගමක්

(ඇ) වෙනත්

8. වෛද්‍යවරුන්, විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන් ඇතුළුව මෙම ආයතනය යටතේ වෘත්තීයේ නියැලී වෛද්‍ය කාර්ය මණ්ඩලයේ තොරතුරු ඇමුණුමක් වශයෙන් ඉදිරිපත් කළ යුතුය :

(අ) අයදුම්කරුන් දිනට සේවයේ යෙදී සිටින විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන්ගේ නම් :

(ආ) වෛද්‍ය නිලධාරීන්ගේ නම් :

(ඇ) අනිකුත් සේවක පිරිස්වල සහ සේවා වර්ගවල නම් :

(ඈ) විශේෂඥ වෛද්‍යවරුන් /අනෙකුත් අය ස්ථිරව සේවයේ යෙදී සිටින ස්ථානය :

(අ) රජයේ :

(ආ) අනිකුත් (නිශ්චිතව දක්වන්න) :

(ඉ) පූර්ණ කාලීනව ද නැතිනම් අර්ධ කාලීනව ද යන වග :

(ඊ) උපාධිය ලබාගත් වෛද්‍ය විද්‍යාලයේ නම :

(උ) කුමන රටේ ද යන වග :

(ඌ) ප්‍රාථමික උපාධිය :

(එ) පශ්චාත් උපාධි සුදුසුකම් සහ උපාධිය පිරිනැමූ දිනය සහ ආයතනයේ නම :

(ඒ) ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය සහ දිනය :

(ඔ) රජයේ නිලධාරියෙකු ද නැති ද යන වග (පිළිතුර ඔව් නම්, එම නිලධාරියා විසින් දැනට දරනු ලබන තනතුර සහ සේවා ස්ථානයේ නම) :

එක් අයෙකුට වැඩි සංඛ්‍යාවක් ආයතනය තුළ සේවයෙහි නියුක්ත වන්නේ නම් එම විස්තර වෙනම ඇමුණුමක් මගින් මෙම අයදුම්පත සමඟ ඉදිරිපත් කළ යුතුය.

9. ස්ථාපිත දිනය :
10. සමාගම/ ව්‍යාපාර ලියාපදිංචි අංකය :
11. ආයෝජන මණ්ඩල ලියාපදිංචි අංකය (තිබේ නම්) :
12. මානව සම්පත් :
- (i) පරිපාලන කාර්ය මණ්ඩලය :

නනතුර	නම	ජ.ගම / සම්බන්ධ විය හැකි දුරකථන අංකය
හිමිකරු/ සහාපති		
වෛද්‍ය අධ්‍යක්ෂ / කාර්යභාර වෛද්‍ය නිලධාරී වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය		
කාර්ය භාර හෙදිය වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය		

- (i) වෙනත් තක්සේරු කාර්ය මණ්ඩල හා ඔවුන්ගේ ලියාපදිංචි අංකය :
- (ii) සේවාවන් පිළිබඳ විස්තරයක් :

13. ඒකකය සහ පහසුකම් :

පහසුකම්	ඇත/නැත	පහසුකම්	ඇත/නැත
බාහිර රෝගී අංශය රෝගීන් පරීක්ෂා කිරීමේ කාමර (Consultation Room) හදිසි ප්‍රතිකාර ඒකකය ලේ බැංකුව පූර්ණ / අර්ධ ස්වයං- රසායනාගාරය දත්ත ශල්‍ය ඒකකය හෘද රෝග අංශය රුධිර කාන්දු පෙරීමේ ඒකකය ප්‍රතිශක්තිකරණ මධ්‍යස්ථානය විකිරණ වේදය එම්.ආර්.අයි. ස්කෑනර්		අති ධ්වනි ස්කෑනර් (Ultra Sound Scanner) හෞත විකිත්සාව සී. එස්.එස්.ඩී ඖෂධාගාරය අපද්‍රව්‍ය අපහරණ පද්ධතිය රෝගී වාර්තා පද්ධතිය ගිලන් රථය රථගාල පුහුණු කිරීමේ පහසුකම් අනිකුත් (කරුණාකර විස්තර කරන්න)	

ඒකක එකකට වඩා ඇත්නම් එම සංඛ්‍යාව සඳහන් කරන්න.

14. විකිරණවේද හා එක්ස් කිරණ පහසුකම් පවතින්නේ නම් පරමාණු බලශක්ති අධිකාරියෙන් නිකුත් කරන ලද සහතිකයේ අංකය :

ඔව් : නැත :

15. අයදුම්පත ලියාපදිංචිය අලුත් කිරීම සඳහා නම් දැනට තිබෙන ලියාපදිංචි සහතිකයේ පිටපතක් අමුණා තිබේද යන වග :
16. දැනට තිබෙන ලියාපදිංචි සහතිකයේ අංකය :
17. සහතිකයේ වලංගු කාලය————දින දක්වා :
18. ගාස්තු ගෙවා තිබේද යන වග

එසේ නම් ලදුපතේ පිටපතක් අමුණා තිබේද :

ඔව්

නැත

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව සහතික කරමි. මා විසින් සපයා ඇති යම් තොරතුරක් සාවද්‍ය හෝ වැරදි සහගත බව සොයාගනු ලැබූ ඕනෑම අවස්ථාවක මාගේ අයදුම්පත හෝ ලියාපදිංචි කිරීමේ සහතිකය අවලංගු කිරීමට බලධාරියාට හැකි බව මා දන්නා බවත් වැඩි දුරටත් ප්‍රකාශ කරමි.

ආයතනය ක්‍රියාත්මක කරනු ලබන හෝ පවත්වාගෙන යනු ලබන පුද්ගලයාගේ අත්සන :

නම :

තනතුර :

මෙය සම්පූර්ණ කිරීමෙන් පසු කරුණාකර අදාළ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂකවරයා මගින් පහත සඳහන් ලිපිනයට ආපසු එවන්න.

ලේකම් :

පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා නියාමන සභාව,
සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය
සුවසිරි පාය,
නො 385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,
කොළඹ 10.

දුරකථන අංක : 011-2674680

ඉහත අයදුම්පත මෙමගින් ඉදිරිපත් කරමි.

.....
අත්සන,
අදාළ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ.



.....
දිනය.



සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය
පෞද්ගලික ගිලන් රථ සේවා ලියාපදිංචි කිරීමේ ආකෘති පත්‍රය

XI වන අංශය

ලියාපදිංචි අංකය :

කාර්යාලීය භාවිතය සඳහා පමණි

සාමාන්‍ය තොරතුරු :

1. ගිලන්රථ සේවාවෙහි නම :—
2. ලිපිනය :—
3. පොදු දුරකථන අංකය :—
ෆැක්ස් අංකය :—
විද්‍යුත් තැපෑල :—
වෙබ් අඩවිය (තිබේ නම්) :—
4. (අ) ගිලන්රථ සේවාව ක්‍රියාත්මක කරනු ලබන/පවත්වාගෙන යනු ලබන පුද්ගලයාගේ නම :—
(ආ) ලිපිනය :—
(ඇ) දුරකථන අංකය :—
කාර්යාලීය :—
පෞද්ගලික :—

5. පොදු සමාගමක් ද නැද්ද යන වග :—

ඔව් : නැත :

6. ගිලන්රථ වල විස්තර :—
 - (i) ගිලන්රථ සංඛ්‍යාව :—
 - (ii) මාදිලිය :—
 - (iii) පවතින පහසුකම් :—
 - (iv) උපකරණ :—
 - (v) රෝගීන් ගෙන යාම සඳහා සෞඛ්‍ය කාර්ය මණ්ඩලය :—
 - (vi) මෝටර් රථ ලියාපදිංචි කිරීමේ සහතිකයේ පිටපත :—
 - (vii) රියදුරුගේ නම :—
 - (viii) රියදුරු බලපත්‍රයෙහි පිටපතක් :—

7. (i) පරිපාලන කාර්ය මණ්ඩලය :

තනතුර	නම	සම්බන්ධ කර ගත හැකි දුරකථන අංක/ජංගම
සභාපති
කළමනාකරණ අධ්‍යක්ෂ
ප්‍රධාන වීඩියෝ නිලධාරී
පරිපාලන නිලධාරී
ගණකාධිකාරී
අනෙකුත් ප්‍රධාන කාර්ය මණ්ඩලය

(ii). කාර්ය මණ්ඩලය :

- (අ) වෛද්‍යවරුන්ගේ නම්, සුදුසුකම් සහ ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය :
- (ආ) හෙද නිලධාරීන්ගේ නම්, සුදුසුකම් සහ ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචි අංකය :
- (ඇ) රාජ්‍ය සේවයේ නියුක්ත ද යන වග, එසේ නම් දැනට දරණ තනතුර සහ සේවා ස්ථානය සඳහන් කරන්න :

8. පවත්නා යන්ත්‍රෝපකරණ සහ පහසුකම් (ඇමුණුමක් ලෙස යා කරන්න) :

9. සමස්ථ ආයෝජනය :

10. පිහිටීම

දිස්ත්‍රික්කය

පළාත

11. අයදුම්පත ලියාපදිංචිය අලුත් කිරීම සඳහා නම් දැනට තිබෙන ලියාපදිංචි සහතිකයේ පිටපතක් අමුණා තිබේද යන වග :

12. දැනට තිබෙන ලියාපදිංචි සහතිකයේ අංකය :

13. සහතිකයේ වලංගු කාලය..... දින දක්වා :

19. ගාස්තු ගෙවා තිබේද යන වග :

එසේ නම් ලදුපතේ පිටපතක් අමුණා තිබේද :

ඔව්

නැත

ඉහත සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව සහතික කරමි. මා විසින් සපයා ඇති යම් තොරතුරක් සාවද්‍ය හෝ වැරදි සහගත බව සොයාගනු ලැබූ ඕනෑම අවස්ථාවක මාගේ අයදුම්පත හෝ ලියාපදිංචි කිරීමේ සහතිකය අවලංගු කිරීමට බලධාරියාට හැකි බව මා දන්නා බවත් වැඩි දුරටත් ප්‍රකාශ කරමි.

ආයතනය ක්‍රියාත්මක කරනු ලබන හෝ පවත්වාගෙන යනු ලබන පුද්ගලයාගේ අත්සන :

නම :

තනතුර :

මෙය සම්පූර්ණ කිරීමෙන් පසු කරුණාකර අදාළ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂවරයා මගින් පහත සඳහන් ලිපිනයට ආපසු එවන්න.

ලේකම් :

පෞද්ගලික සෞඛ්‍ය සේවා නියාමන සභාව,
සෞඛ්‍ය ආරක්ෂණ හා පෝෂණ අමාත්‍යාංශය,
සුවසිරිපාය,
නො 385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,
කොළඹ 10.

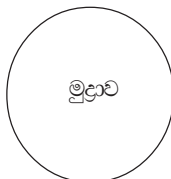
දුරකථන අංක : 011-2674680

ඉහත අයදුම්පත මෙමගින් ඉදිරිපත් කරමි.

.....

අත්සන

අදාළ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ.



.....

දිනය