

ස්ථාන මාරුවීම් ලේඛනයේ අන්තර්ගත අංකය :-

ඔබේ අංකය :-

නම :-

ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :-

තනතුර :-

සේවා ස්ථානයේ ලිපිනය :-

දුරකතන අංකය :-

දිනය:-

.....මගින්,

..... මගින්,

..... මගින්,

ලේකම්

2024 වාර්ෂික ස්ථාන මාරුව පිළිබඳ උභව පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා දෙපාර්තමේන්තුවේ සේවයේ නිලධරයෙකු විසින් කරනු ලබන අභියාචනය

ඔබේ අංක හා දිනැති ලිපිය අනුව 2023 වර්ෂයේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු ලේඛනය මගින් ට ස්ථාන මාරු කර ඇත.

02. පහතින් විස්තර කරනු ලබන කරුණු මත එම ස්ථාන මාරුව සංශෝධනය කර නැවත සලකා බලන ලෙස කාරුණිකව ඉල්ලා සිටිමි.

සංශෝධනය කිරීමට හේතු,

- 2.1.
- 2.2.
- 2.3.

03. ඉහත කරුණු සනාථ කිරීම සඳහා පහත සඳහන් ලියකියවිලි සහතික කළ ඡායා පිටපත් මේ සමඟ යා කර ඇත.

- 3.1.
- 3.2.
- 3.3.

04. ඒ අනුව මාගේ වාර්ෂික ස්ථාන මාරු නියෝගය පහත සඳහන් සේවා ස්ථානයකට සංශෝධනය කර දෙන ලෙස කාරුණිකව ඉල්ලමි.

පළමු මනාපය :

දෙවන මනාපය :

තෙවන මනාපය :

.....
නිලධාරියාගේ අත්සන

.....
දිනය

ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය :-

ඉහත නම සඳහන් නිලධාරී මහතා/මහත්මිය/මෙනවිය විසින් ඉහතින් දක්වා ඇති කරුණු සත්‍ය බවට සෑහීමකට පත්වෙමි. ස්ථාන මාරු අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව සංශෝධනය කිරීම/අවලංගු කිරීම නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.

දිනය :
ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන (නිල මුද්‍රාව)

ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ නිර්දේශය :-

ඉහත නම සඳහන් නිලධාරී මහතා/මහත්මිය/මෙනවිය විසින් ඉහතින් දක්වා ඇති කරුණු සත්‍ය බවට සෑහීමකට පත්වෙමි. ස්ථාන මාරු අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව සංශෝධනය කිරීම/අවලංගු කිරීම නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.

දිනය :
ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ අත්සන (නිල මුද්‍රාව)

දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය :-

ඉහත නම සඳහන් නිලධාරී මහතා/මහත්මිය/මෙනවිය විසින් ඉහතින් දක්වා ඇති කරුණු සත්‍ය බවට සෑහීමකට පත්වෙමි. ස්ථාන මාරු අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව සංශෝධනය කිරීම/අවලංගු කිරීම නිර්දේශ කරමි/නොකරමි.

දිනය :
දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ අත්සන (නිල මුද්‍රාව)

අමාත්‍යාංශ ලේකම්ගේ අනුමැතිය :-

ඉහත නම සඳහන් මහතා/මහත්මිය/මෙනවිය විසින් ඉහතින් දක්වා ඇති කරුණු සත්‍ය බවට සෑහීමකට පත්වෙමි. ස්ථාන මාරු අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව සංශෝධනය කිරීම/අවලංගු කිරීම අනුමත කරමි/නොකරමි.

දිනය :
අමාත්‍යාංශ ලේකම්ගේ අත්සන (නිල මුද්‍රාව)