



කාර්යාලය ප්‍රයෝජනය සඳහා

කොළඹ මහා නගර සභාව

ස්වදේශීය වෛද්‍ය දෙපාර්තමේන්තුව

සහන වෛද්‍ය නිලධාරී තනතුර සඳහා ආදර්ශ අයදුම් පත්‍රය

1. මූලකරු සමඟ නම :
(සිංහල)(මයා/මිය/මෙය)
2. මූලකරු වලින් හැඳින්වෙන නම :
(සිංහල) (මයා/මිය/මෙය)
3. මූලකරු සමඟ නම :
(ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරින්) (Mr/Mrs/Ms)
4. ස්ථීර ලිපිනය (සිංහලෙන්) :
:
5. ස්ථීර ලිපිනය (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරින්) :
:
6. ස්ථීර පදිංචි දිස්ත්‍රික්කය :
7. ග්‍රාම නිලධාරී වසම හා අංකය :
(වලංගු ග්‍රාම නිලධාරී සහතිකය මඟින් සනාථ කළ යුතුයි)
8. තාවකාලික ලිපිනය (සිංහලෙන්) :
9. ස්ත්‍රී / පුරුෂ භාවය :
10. උපන් දිනය : වර්ෂය මාසය දිනය
11. 2026.02.09 දිනට වයස : අවු මාස දින
12. ඡා.හැ.ප.අංකය :
13. විවාහක / අවිවාහක බව :
14. දුරකථන අංකය (ජංගම) : ස්ථාවර
15. ඊ-මේල් ලිපිනය :
16. අධ්‍යාපන සුදුසුකම් (උපාධි) / පශ්චාත් උපාධි : (විභාග සහතික ඡායා පිටපත් ඇමිණිය යුතුයි)
:
:
17. වෙනත් සුදුසුකම් :
:
18. සේවා පලපුරුද්ද (ඡායා පිටපත් ඇමිණිය යුතුයි) :
:
:

ඉහතින් මා විසින් සඳහන් කරන ලද කරුණු මාගේ දැනීම හා විශ්වාසය පරිදි සත්‍ය හා නිවැරදි බව ප්‍රකාශ කර සිටින අතර, කිසියම් තොරතුරක් අසත්‍ය බව හෝ වැරදි බව මා තෝරා ගැනීමට පෙර අනාවරණය වුවහොත් මා තනතුරට නුසුදුස්සකු වන බවත්, සේවයේ යොදා ගැනීමෙන් පසු අනාවරණය වුවහොත් සේවා සැපයුමෙන් පහ කළ හැකි බවත්, මා දනිමි.

දිනය : 2026.

.....
අයදුම්කරුගේ අත්සන