

දුරකථන ) 011 2669192, 011 2675011  
 தொலைபேசி ) 011 2698507, 011 2694033  
 Telephone ) 011 2675449, 011 2675280

ෆැක්ස් ) 011 2693866  
 பெக்ஸ் ) 011 2693869  
 Fax ) 011 2692913

විද්‍යුත් තැපෑල ) postmaster@health.gov.lk  
 மின்னஞ்சல் முகவரி )  
 e-mail )

වෙබ් අඩවිය ) www.health.gov.lk  
 இணையத்தளம் )



සුවසිරිපාය  
 சுவசிரிபாய  
 SUWASIRIPAYA

මගේ අංකය )  
 எனது இல ) NA/08/06/2018  
 My No. )

ඔබේ අංකය )  
 உமது இல )  
 Your No. : )

දිනය )  
 திகதி ) 2018.09. 11  
 Date )

**සෞඛ්‍ය, පෝෂණ සහ දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය**  
**சுகாதார, போசணை மற்றும் சுதேச வைத்திய அமைச்சு**  
**Ministry of Health, Nutrition & Indigenous Medicine**

පොදු වකුලේඛ අංක - 02 - 217 / 2018

නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (ශ්‍රී ලංකා ජාතික රෝහල)  
 රේඛීය අමාත්‍යාංශය යටතේ පාලනය වන  
 සියලුම ශික්ෂණ රෝහල් සහ මහ රෝහල් අධ්‍යක්ෂවරුන්,  
 වෛද්‍ය අධිකාරීවරුන්,  
 සියලුම ආයතන ප්‍රධානීන්,

**මහජන සෞඛ්‍ය හෙද නිලධාරී තනතුර සඳහා පුහුණුවට බඳවා ගැනීම (දෙවන කණ්ඩායම)**

දිවයිනේ පවතින සුවදිවි මධ්‍යස්ථාන සඳහා මහජන සෞඛ්‍ය හෙද නිලධාරීන් යොදවා මහජන සෞඛ්‍ය ක්ෂේත්‍රය ශක්තිමත් කිරීමට රජය විසින් තීරණය කර ඇත. ඒ සඳහා අවස්ථානුකූලව 'මහජන සෞඛ්‍ය හෙද නිලධාරී' යන තනතුරු නාමයෙන් එම නිලධාරීන් හැඳින්වීමට අභ්‍යන්තර වශයෙන් කටයුතු කිරීමට කලමනාකරණ සේවා දෙපාර්තමේන්තුවේ අධ්‍යක්ෂ ජනරාල්ගේ අංක DMS/0016/SLNS හා 2017.07.13 දිනැති ලිපියෙන් එකඟතාවය ලැබී ඇත.

02. ඒ අනුව කළුරු ජාතික සෞඛ්‍ය විද්‍යායතනය යටතේ පාලනය වන සුවදිවි මධ්‍යස්ථාන 08කට හා පළාත් සභා යටතේ පාලනය වන සුවදිවි මධ්‍යස්ථාන සඳහා මහජන සෞඛ්‍ය හෙද නිලධාරී තනතුරට අනුයුක්ත කිරීමට පස්වැද්ද් ප්‍රාථමික හෙද විදුහල මඟින් පවත්වනු ලබන මාස 06 හෙද පුහුණුව සඳහා බඳවා ගැනීමට පහත සුදුසුකම් සහිත හෙද නිලධාරීන්ගෙන් අයදුම්පත් කැඳවනු ලැබේ. රේඛීය අමාත්‍යාංශයට හා එක් එක් පළාත සඳහා බඳවා ගැනීමට නියමිත සංඛ්‍යාව ඇමුණුම 01 මඟින් දැක්වේ.

**03. සුදුසුකම්**

1. හෙද නිලධාරියෙකු ලෙස විධිමත් පත්වීම් ලබා අවම වශයෙන් වසර දෙක (02)ක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කර තිබීම.
2. මනා ශාරීරික යෝග්‍යතාවයකින් යුක්ත වීම හා වයස අවුරුදු 45ට අඩුවීම.
3. පූර්වාසන්නතම වසර දෙක (02) තුළ නියමිත වැටුප් වර්ධක සියල්ල උපයාගෙන තිබීම හා සක්‍රීය හා සතුටුදායක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කර තිබීම.

**04. පුහුණුවට තෝරා ගන්නා අන්දම**

අංක 03 යටතේ සඳහන් සුදුසුකම් සපුරාලන අයදුම්කරුවන්ගෙන් ලැබෙන අයදුම්පත් පරිගණක ගතකර අදාල නිලධාරීන්ගේ මුල්පත්වීම් දිනයට අනුව සකස් කරන ලද ජ්‍යෙෂ්ඨතා ලේඛනයට අනුව සුදුස්සන් තෝරා ගැනීම සිදුකරන අතර ඉහත 03 හි දැක්වෙන සුදුසුකම් අයදුම්පත් පියවන දිනය වන 2018.09.25 දිනට සම්පූර්ණ කර තිබේද යන්න පරීක්ෂා කරනු ලැබේ. එකම දිනයේ පත්වීම් ලද නිලධාරීන් සිටියහොත් ඔවුන් හෙද විදුහලේදී අවසන් පරීක්ෂණයේ කුසලතාවයට අනුව සකස් කරන ලද ජ්‍යෙෂ්ඨතා ලේඛනයට අනුව අනුයුක්ත කරනු ලබන සුවදිවි මධ්‍යස්ථානය තීරණය කරනු ලැබේ.

**සැලකිය යුතුයි**

1. පළාත් සභා යටතේ පාලනය වන සුවදිවි මධ්‍යස්ථාන වලට අයදුම්කල හෙද නිලධාරීන්ගේ අයදුම්පත් අදාල පළාත් වෙත යොමු කලයුතු අතර අදාල පළාත විසින් ජ්‍යෙෂ්ඨතා ලේඛනයක් සකස් කිරීමෙන් අනතුරුව සුවදිවි මධ්‍යස්ථාන වලට තෝරාගනු ඇත. එසේ තෝරා ගන්නා හෙද නිලධාරීන් සඳහා එම පළාතේ පුරප්පාඩු පවතින සුවදිවි මධ්‍යස්ථානවල ලේඛනයක් ලබා දෙනු ඇති අතර තමන් අනුයුක්ත වීමට අපේක්ෂිත සුවදිවි මධ්‍යස්ථානය සඳහා මනාප ලබාදිය යුතුය. එම මනාපය හා ජ්‍යෙෂ්ඨත්වය සලකාබලා එක් එක් සුවදිවි මධ්‍යස්ථාන වෙත අනුයුක්ත කරනුයේ කවරෙක්ද යන්න අදාල පළාත් සභා විසින් තීරණය කරනු ඇත.
2. එසේ පළාත් සභාව විසින් තෝරාගන්නා ලද හෙද නිලධාරීන්ගේ නාම ලේඛනය අප වෙත එවීමෙන් පසු ඔවුන් අදාල පළාත වෙත මුදා හරිනු ලබන අතර පුහුණුව ලබන කාලය තුළ අදාල වැටුප් හා දීමනා අදාල පළාතීන් ගෙවනු ලැබේ.
3. මාස 06 පුහුණුව සාර්ථකව සම්පූර්ණ කරන හෙද නිලධාරීන් පුහුණුවෙන් පසු මහජන සෞඛ්‍ය හෙද නිලධාරී තනතුරට පත්කර ඔවුන් තෝරා ගන්නා ලද සුවදිවි මධ්‍යස්ථාන වෙත අනුයුක්ත කරනු ලැබේ.
4. රේඛීය අමාත්‍යාංශය යටතේ පාලනය වන සුවදිවි මධ්‍යස්ථාන වෙත තෝරා ගන්නා ලද හෙද නිලධාරීන් පුහුණුවට පෙර තමන් අනුයුක්ත වීමට අපේක්ෂිත සුවදිවි මධ්‍යස්ථානය සඳහා මනාප ලබා දිය යුතු අතර එම මනාපය හා ජ්‍යෙෂ්ඨත්වය සලකාබලා එක් එක් සුවදිවි මධ්‍යස්ථාන සඳහා තෝරා ගනු ලැබේ.

**05. අයදුම්කල යුතු පිළිවෙල**


1. ඇමුණුම 02 මගින් දැක්වෙන ආකෘතිය අනුසාරයෙන් අයදුම්පත් පිළියෙල කල යුතු අතර අයදුම්කරුවන් තම අයදුම්පත් අදාල ආයතන ප්‍රධානීන්ට 2018.09.25 දිනට හෝ ඊට ප්‍රථම ලැබෙන සේ ඉදිරිපත් කල යුතුය. ආයතන ප්‍රධානීන්ට ලැබෙන අයදුම්පත්වල අදාල කොටුවේ සිය නිර්දේශය සඳහන් කර 2018.10.01 දිනට හෝ ඊට ප්‍රථම පහත දැක්වෙන පරිදි අදාල ලිපිනයන්ට ලියාපදිංචි තැපෑලෙන් එවිය යුතුය.

ආයතනය/පළාත	ලිපිනය
රේඛීය අමාත්‍යාංශය	අධ්‍යක්ෂ (පාලන) 01, සෞඛ්‍ය පෝෂණ හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය, සුවසිරිපාය, කොළඹ 10
බස්නාහිර පළාත	ලේකම්, පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය, බස්නාහිර පළාත, ඩෙන්සිල් කොබ්බෑකඩුව මාවත, බත්තරමුල්ල, කොස්වත්ත
දකුණු පළාත	ලේකම්, පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය, දකුණු පළාත, අංක 15, ලෝවර් ඩික්සන් පාර, ගාල්ල
ඌව පළාත	ලේකම්, පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය, ඌව පළාත, අංක 301, ආර්.එච්.ගුණවර්ධන මාවත, බදුල්ල
වයඹ පළාත	ලේකම්, පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය, වයඹ පළාත, 3වැනි මහල, පළාත් සභා කාර්යාල සංකීර්ණය, කුරුණෑගල
නැගෙනහිර පළාත	ලේකම්, පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය, නැගෙනහිර පළාත, ඇතුළු වරාය පාර, ත්‍රිකුණාමලය
උතුරු මැද පළාත	ලේකම්, පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය, උතුරු මැද පළාත, පළාත් සභා පරිපාලන ගොඩනැගිලි සංකීර්ණය, පළමු මහල, හරිස්වන්ද්‍ර මාවත, අනුරාධපුර
උතුරු පළාත	ලේකම්, පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය, උතුරු පළාත, සෞඛ්‍ය ගම්මාන, පන්තායි, යාපනය
සබරගමුව පළාත	ලේකම්, පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය, සබරගමුව පළාත, පළාත් සභා සංකීර්ණය, නව නගරය, රත්නපුර
මධ්‍යම පළාත	ලේකම්, පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය, මධ්‍යම පළාත, අංක 121, සංඝරාජ මාවත, මහනුවර

2. ආයතන ප්‍රධානියා විසින් අදාල අයදුම්පත් යොමු කිරීමේදී අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කර ඇති සියළුම අයදුම්කරුවන්ගේ නාම ලේඛනයක් සහිතව ආවරණ ලිපියක් මගින් අයදුම්පත් යොමු කල යුතුය.
3. නියමිත දිනට පසුව ලැබෙන අයදුම්පත් කිසිම හේතුවක් මත භාරගනු නොලැබේ. නියමිත ආකෘති පත්‍රය ප්‍රකාරව පිළියෙල කර නොගත් අයදුම්පත් හා සුදුසුකම් නොමැති අයදුම්කරුවන්ගේ අයදුම්පත් ඉදිරිපත් නොකිරීමට ආයතන ප්‍රධානියා වග බලා ගත යුතුය. නියමිත ආකෘති පත්‍ර ප්‍රකාරව පිළියෙල කර නොගත් අයදුම්පත්, සුදුසුකම් නොමැති අයදුම්කරුවන්ගේ අයදුම්පත් හා නියමිත දිනට පසුව ලැබෙන අයදුම්පත් කිසිදු දැනුම් දීමකින් තොරව ප්‍රතික්ෂේප කරනු ලැබේ.

06. තෝරාගන්නා අයදුම්‍ය ින් පශ්චාද් ප්‍රාථමික හෙද විදුහලේ මාස 06ක පුහුණුවට අනුයුක්ත කරන අතර පුහුණුවෙන් පසු අදාල සුවදිවි මධ්‍යස්ථාන වෙත අනුයුක්ත කරනු ලබන අතර එහි වසර 4ක කාලයක් අවම වශයෙන් සේවය කලයුතුය. එසේ පුහුණුවෙන් පසු තමා තෝරාගන්නා වූ සුවදිවි මධ්‍යස්ථාන වෙත වාර්තා කරන බවට සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් සමඟ රු.100,000ක ඇපකරයකට හා ගිවිසුමකට එලඹිය යුතුය. පුහුණුව ලබන කාලය තුළ පුහුණුවෙන් ඉවත්වුවහොත් හෝ ඉවත්කළහොත් හෝ පුහුණුව හැර ගියහොත් ගිවිසුමගත මුදල, පුහුණු කාලය තුළදී ඔහුට/ඇයට ගෙවන ලද දීමනා හා රජය විසින් පුහුණුව සඳහා දරණ ලද වියදම් සඳහා වැය වූ මුදල ඔහු හෝ ඇය විසින් දෙපාර්තමේන්තුවට ගෙවිය යුතු වේ. එසේ නොවුවහොත් එම මුදල අයකර ගැනීමට නිසි පියවර ගනු ඇත.

07. මෙම නිවේදනයේ සඳහන් කරුණු ඔබ ආයතනයේ සෑම හෙද/හෙදි නිලධාරියෙකුටම දැන්වීමට කටයුතු කරන්න. මෙහි සඳහන් නොවන වෙනත් කරුණු සම්බන්ධයෙන් ආයතන සංග්‍රහය හා රාජ්‍ය සේවා කොමිෂන් සභා කාර්ය පටිපාටික රීති සංග්‍රහය ප්‍රකාරව අවසන් තීරණය මා විසින් ගනු ලබන බවත් සඳහන් කරමි. මෙම වක්‍රලේඛයේ සිංහල, දෙමළ හා ඉංග්‍රීසි භාෂා අතර අනනුකූලතාවයක් ඇතිවුවහොත් සිංහල පාඨය බලපැවැත්වේ.

  
 බී.ඒ.එස්.ගුණතිලක  
 ලේකම්  
 සෞඛ්‍ය, පෝෂණ හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය

**බී. ඒ. එස්. ගුණතිලක**  
 ලේකම්  
 සෞඛ්‍ය, පෝෂණ හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය  
 "සුවසිරිපාය"  
 385, පූජ්‍ය බද්දේගම වමලවංශ හිමි මාවත,  
 කොළඹ 10.

අනු අංකය	සුවදිවි මධ්‍යස්ථාන අයත් ආයතනය/ පළාත	බඳවා ගැනීමට අපේක්ෂිත සුවදිවි මධ්‍යස්ථාන සංඛ්‍යාව
1	කළුතර ජාතික සෞඛ්‍ය විද්‍යායතනය	8
2	බස්නාහිර පළාත	22
3	මධ්‍යම පළාත	29
4	දකුණු පළාත	21
5	උතුරු පළාත	11
6	නැගෙනහිර පළාත	21
7	වයඹ පළාත	23
8	උතුරු මැද පළාත	15
9	සබරගමුව පළාත	25
10	ඌව පළාත	25

අයදුම්පත්‍රය

පශ්චාත් ප්‍රාථමික හෙද විදුහල මගින් පවත්වනු ලබන මාස 06 මහජන සෞඛ්‍ය හෙද නිලධාරී පුහුණුවට බඳවා ගැනීම - 2018

01. මූලකරු සමඟ නම - .....  
(පැහැදිලි අකුරින්)  
අනෙකුත් නම් සම්පූර්ණයෙන් - .....

02. ලිපිනය  
I කාර්යාලය - .....  
II පෞද්ගලික - .....

03. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය - .....

04. දුරකථන අංකය  
I පෞද්ගලික - ..... II රාජකාරි - .....

05. උපන් දිනය  
2018.09.25 දිනට වයස අවු - ..... මාස - ..... දින - .....

- 06. I. හෙද / හෙද නිලධාරියකු වශයෙන් ප්‍රථම පත්වීම ලැබූ දිනය - .....  
(පත්වීම් ලිපියේ පිටපතක් අමුණන්න)
- II. වර්තමාන ශ්‍රේණිය - .....
- III. වර්තමාන ශ්‍රේණියට උසස් වූ දිනය - .....
- IV. එම තනතුරේ වැඩ භාරගත් දිනය - .....
- V. එම සේවයේ කඩවීමක් ඇත් ද? - .....
- VI. එසේ නම් නැවත සේවයේ පිහිටුවන ලද දිනය - .....
- VII. හෙද විදුහලේ අවසන් පරීක්ෂණයේ කුසලතාවය - .....

07. අයදුම්කරු / කාරිය දැනට සේවය කරන ආයතනය - .....

08. සුනිකා කර්මය පිළිබඳ පුහුණුවක් ලබා තිබේ ද යන වග - .....

09. ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාව/හෙද සභාවේ ලියාපදිංචි වී තිබේ ද යන වග - .....

10. ජාතිය - .....

11. විවාහක / අවිවාහක යන වග - .....

12. සමත් වූ උසස්ම විභාගය හා අධ්‍යාපන මාධ්‍යය - .....

13. රජය යටතේ කලින් සේවය කළේ නම් ඒ පිළිබඳ විස්තර - .....

14. අකාර්යක්ෂමතාවය නිසා මා විශ්‍රාම ගැන්වීමට කටයුතු අරඹා නොමැති බවත් ඊට විරුද්ධව පවත්නා හෝ ඇති වෙනැයි අදහස් කරන විනයානුකූල ක්‍රියාමාර්ගයක් නොමැති බවත් ප්‍රකාශ කරමි. මෙහි මා විසින් සපයන ලද තොරතුරු අසත්‍ය බව හෝ සාවද්‍ය බැව් හෙලි වුවහොත් එසේ සාවද්‍ය බව හෙලි වූයේ තෝරා ගැනීමට පෙර නම් නුසුදුස්සකු වන බවත් තෝරා ගැනීමෙන් පසු හෙලි වුවහොත් මා සේවයෙන් පහ කිරීමට යටත් වන බවත් දනිමි.

.....  
දිනය  
අයදුම්කරුගේ අත්සන

15. විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරීන් / නිලධාරීන්ගේ නිර්දේශය

..... මයා / මිය / මෙය විසින් ඉදිරිපත් කරන ලද අයදුම්පත නිර්දේශ කරමි / නොකරමි.

දිනය - .....

.....

විශේෂ ශ්‍රේණියේ හෙද නිලධාරී/නිලධාරීන්ගේ  
අත්සන හා නිලමුද්‍රාව

16. විෂය භාර කළමනාකරණ සහකාර නිලධාරීන් විසින් පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව සම්පූර්ණ කල යුතුය.

I. නිලධාරියා / නිලධාරීන්ගේ අයදුම්පත් පියවන අවසාන දිනට පූර්වාසන්න වසර 05 තුල වැටුප් රහිත නිවාඩු ලබා තිබේද යන වග -  
(වැටුප් රහිත නිවාඩු ලබා ඇත්නම් කාල සීමාව සඳහන් කරන්න)

- a. ප්‍රසූත නිවාඩු.....
- b. අනෙකුත් වැටුප් රහිත නිවාඩු.....

II. අයදුම්පත් පියවන අවසාන දිනට පූර්වාසන්න වසර 05 තුල නිලධාරියාට විරුද්ධව විනය පරීක්ෂණ කිසිවක් ඇත් ද යන වග - .....

III. පහත වර්ෂ වල වැටුප් වර්ධක උපයාගෙන තිබේද (ඔව්/නැත) ලෙස සඳහන් කරන්න.

2017.....	2014.....
2016.....	2013.....
2015.....	

..... මයා / මිය / මෙය ගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව ඉහත සඳහන් තොරතුරු හා අංක 01 සිට 13 දක්වා අයදුම්කරු විසින් දක්වා ඇති සියළු තොරතුරු නිවැරදි බව මෙයින් සහතික කරමි. තවද අංක 16 යටතේ මා විසින් සපයන ලද තොරතුරු නිවැරදි බවට සහතික කරමි.

දිනය - .....

.....  
විෂයභාර කළමනාකරණ සහකාරගේ අත්සන

17. පරිපාලන නිලධාරී / රෝහල් ලේකම්ගේ නිර්දේශය

..... මයා / මිය / මෙය ගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව ඉහත සඳහන් තොරතුරු හා අංක 01 සිට 13 දක්වා අයදුම්කරු විසින් දක්වා ඇති සියළු තොරතුරු නිවැරදි බව මෙයින් සහතික කරමි. තවද අංක 16 යටතේ මා විසින් සපයන ලද තොරතුරු නිවැරදි බවට සහතික කරමි.

දිනය - .....

.....  
පරිපාලන නිලධාරී / රෝහල් ලේකම්ගේ අත්සන

18. ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය

..... මයා / මිය / මෙය ගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව අයදුම්පතේ සඳහන් තොරතුරු සත්‍ය බව සහතික කරමි.

අයදුම්පත නිර්දේශ කරමි./ නොකරමි.

දිනය - .....

.....  
ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන හා නිලමුද්‍රාව

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 )



සුවසිරිපාය  
சுவசிரிபாய  
SUWASIRIPAYA

මගේ අංකය ) NA/08/06/2018  
எனது இல )  
My No. )

ඔබේ අංකය )  
உமது இல )  
Your No. : )

දිනය )  
திகதி ) 2018.09.11  
Date )

සෞඛ්‍ය, පෝෂණ හා දේශීය වෛද්‍ය අමාත්‍යාංශය  
சுகாதாரம், போஷணை மற்றும் சுதேச வைத்திய அமைச்சு  
Ministry of Health, Nutritions & Indigenous Medicine

பொதுச் சுற்று நிருப இல: 02-217/2018

பிரதிப் பணிப்பாளர் நாயகம் (இலங்கை தேசிய வைத்தியசாலை)  
மத்திய அமைச்சின் கீழ் நிருவகிக்கப்படும்  
சகல போதனா வைத்தியசாலைகள் மற்றும் பொது வைத்தியசாலைகளின் பணிப்பாளர்கள்,  
வைத்திய அதிகாரிகள்,  
அனைத்து நிறுவனத் தலைவர்கள்,

**பொது சுகாதார தாதி உத்தியோகத்தர் பதவிகளின் பொருட்டான பயிற்சி நெறிக்கு ஆட்சேர்ப்பு செய்யல் (இரண்டாவது தொகுதியினர்)**

நாடாளாவிய ரீதியில் காணப்படும் ஆரோக்கிய வாழ்வு மையங்களுக்காக பொது சுகாதார தாதிய உத்தியோகத்தர்களை ஈடுபடுத்தி பொது சுகாதாரத் துறையினை பலப்படுத்துவதற்கு அரசு தீர்மானித்துள்ளது. அதன் பொருட்டு நிலமைக்கு ஏற்றவாறு 'பொது சுகாதார உத்தியோகத்தர்' எனும் பதவிப் பெயரில் அவ்வுத்தியோகத்தர்கள் அறியப்படுவதற்கு உள்ளக ரீதியாக நடவடிக்கை எடுப்பதற்கு முகாமைத்துவ சேவைகள் திணைக்களத்தின் பணிப்பாளர் நாயகத்தின் DMS/0016/SLNS எனும் இலக்கமுடைய 2017.07.13 ஆம் திகதிய கடித்தில் அங்கீகாரம் கிடைக்கப்பெற்றுள்ளது.

02. அதன் பிரகாரம் களுத்துறை தேசிய சுகாதார விஞ்ஞான நிறுவகத்தினால் நிருவகிக்கப்படும் 08 ஆரோக்கிய வாழ்வு மையங்களுக்கும் மாகாண சபையினால் நிருவகிக்கப்படும் ஆரோக்கிய வாழ்வு மையங்களுக்கும் பொது சுகாதார உத்தியோகத்தர்களை இணைத்துக் கொள்ளும் பொருட்டு தாதியர் உயர் கற்கைகள் கல்லூரியினால் நடாத்தப்படும் 6 மாத பயிற்சி நெறிக்கு ஆட்சேர்ப்பு செய்வதற்கு கீழ் குறிப்பிடப்படும் தகைமைகளைக் கொண்டுள்ள தாதிய உத்தியோகத்தர்களிடமிருந்து விண்ணப்பங்கள் கோரப்படுகின்றன. மத்திய அமைச்சு மற்றும் ஒவ்வொரு மகாணங்களிலிருந்தும் ஆட்சேர்ப்பு செய்யப்படுபவர்களது எண்ணிக்கை இணைப்பு 01 இல் தரப்பட்டுள்ளது.

03. தகைமைகள்

1. தாதிய உத்தியோகத்தராக முறைப்படி நியமனம் பெற்று குறைந்தது 02 வருட சேவைக் காலத்தினை பூர்த்தி செய்திருத்தல்
2. சிறந்த தேகாரோக்கியத்துடனும் 45 வயதிற்கு குறைவானவராகவும் இருத்தல்
3. கிட்டிய இரு (02) வருடங்களிற்குள்ளும் உரிய சம்பள ஏற்றங்கள் அனைத்தினையும் பெற்றிருக்க வேண்டியதுடன் தொடர்ச்சியானதும் திருப்திகரமானதுமான சேவைக்காலத்தினை பூரணப்படுத்தி இருத்தல்.

04. பயிற்சி நெறிக்கு தேர்வு செய்யப்படும் விதம்

இலக்கம். 03 இல் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள தகைமைகளைக் கொண்டிருக்கும் விண்ணப்பதாரிகளிடமிருந்து கிடைக்கப்பெறும் விண்ணப்பங்கள் கணினி மயப்படுத்தப்பட்டு உரிய உத்தியோகத்தர்களது முதல் நியமனத்தின் பிரகாரம் தயாரிக்கப்படும் சேவை மூப்பு பட்டியலுக்கு அமைவாக தகுதியானவர்கள் தெரிவு செய்யப்படுவதுடன் மேற்படி 03 இல் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள தகைமைகள் விண்ணப்பங்கள் ஏற்றுக்கொள்ளப்படும் இறுதித் திகதியான 2018.09.25 ஆம் தினத்துடன் பூர்த்திசெய்யப்பட்டுள்ளதா என்பதும் பரிசீலிக்கப்படும். ஒரே நியமன திகதிகளை கொண்டிருக்கும் உத்தியோகத்தர்கள் காணப்படுமிடத்து அவர்களது தாதிய பயிற்சிக் கல்லூரியின் இறுதிப்பரீட்சையின் தகைமைகளுக்கு அமைவாக தயாரிக்கப்படும் சேவை மூப்பு பட்டியலுக்கு அமைவாக நியமிக்கப்படும் ஆரோக்கிய வாழ்வு மையங்கள் தீர்மானிக்கப்படும்.

**கருத்திற்கொள்ள வேண்டியவைகள்:**

1. மாகாண சபைகளினால் நிருவகிக்கப்படும் ஆரோக்கிய வாழ்வு மையங்களுக்கு விண்ணப்பிக்கும் உத்தியோகத்தர்களது விண்ணப்பங்கள் உரிய மாகாணங்களுக்கு அனுப்பப்படவேண்டியதுடன் உரிய மாகாண சபையினால் சேவை மூப்பு பட்டியல் தயாரிக்கப்பட்டு ஆரோக்கிய வாழ்வு மையங்களுக்கு தெரிவு செய்யப்படுவர்.
2. அவ்வாறு தெரிவு செய்யப்படும் தாதிய உத்தியோகத்தர்களது பெயர்ப் பட்டியல் எமக்கு அனுப்பப்பட்டதன் பின்னர் அவர்கள் உரிய மாகாணங்களுக்கு விடுவிக்கப்படுவதுடன் பயிற்சிக் காலத்தினுள் ஏற்புடைய சம்பளங்கள் மற்றும் கொடுப்பனவுகள் உரிய மாகாணங்களினால் வழங்கப்படும்.
3. 06 மாத கால பயிற்சி நெறியினை வெற்றிகரமாக நிறைவு செய்யும் தாதிய உத்தியோகத்தர்கள் பயிற்சியின் பின்னர் பொது சுகாதார உத்தியோகத்தர் பதவிக்கு நியமிக்கப்பட்டு தெரிவு செய்யப்படும் ஆரோக்கிய வாழ்வு மையங்களுக்கு இணைத்துக் கொள்ளப்படுவர்.
4. மத்திய அமைச்சினால் நிருவகிக்கப்படும் ஆரோக்கிய வாழ்வு மையங்களுக்கு தெரிவு செய்யப்படும் தாதிய உத்தியோகத்தர்கள் பயிற்சிக்கு முன்னதாக தாம் இணைக்கப்பட எதிர்பார்க்கும் ஆரோக்கிய வாழ்வு மையங்களுக்கான விருப்பினை தெரிவிக்க வேண்டியதுடன் அவ் விருப்பம் மற்றும் சேவை மூப்பு என்பன கருத்திற்கொள்ளப்பட்டு அவ்வவ் ஆரோக்கிய வாழ்வு மையங்களுக்கு தேர்வு செய்யப்படுவர்.

**05. விண்ணப்பிக்க வேண்டிய முறை**

1. பின்னிணைப்பு 02 யில் தரப்பட்டுள்ள மாதிரி விண்ணப்பத்திற்கு அமைவாக விண்ணப்பங்கள் தயாரிக்கப்பட வேண்டியதுடன் விண்ணப்பதாரிகள் தமது விண்ணப்பங்களை நிறுவன தலைவர்களிடம் 2018.09.25 ஆம் திகதி அல்லது அதற்று முன்னதாக கிடைக்கும் வகையில் சமர்ப்பிக்க வேண்டும். நிறுவன தலைவர்களுக்கு கிடைக்கப்பெறும் விண்ணப்பங்களின் உரிய இடத்தில் தமது பரிந்துரைகளை குறிப்பிட்டு 2018.10.01 ஆம் திகதி அல்லது அதற்கு முன்னர் கீழ் குறிப்பிடப்படும் விதத்தில் உரிய முகவரிகளுக்கு பதிவுத் தபாலில் அனுப்ப வேண்டும்.

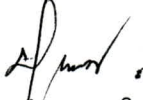
நிறுவனம் / மாகாணம்	முகவரி
மத்திய அமைச்சு	பணிப்பாளர் (நிருவாகம்) 01, சுகாதாரம், போஷணை மற்றும் சுதேச வைத்திய அமைச்சு, 'சுவசிரிபாய்', கொழும்பு - 10
மேல் மாகாணம்	செயலாளர், மாகாண சுகாதார அமைச்சு, மேல் மாகாணம், டென்சில் கொப்பேகடுவ மாவத்தை, பத்தரமுல்ல கொஸ்வத்த
தென் மாகாணம்	செயலாளர், மாகாண சுகாதார அமைச்சு, தென் மாகாணம், இல: 15, லோவர் டிக்சன் வீதி, காலி
ஊவா மாகாணம்	செயலாளர், மாகாண சுகாதார அமைச்சு, ஊவா மாகாணம், இல: 301, ஆர் எச் குணவர்தன மாவத்தை, பதுளை
வட மேல் மாகாணம்	செயலாளர், மாகாண சுகாதார அமைச்சு, வட மேல் மாகாணம், 3ஆம் மாடி, மாகாண சபை கட்டிடத் தொகுதி, குருணாகலை
கிழக்கு மாகாணம்	செயலாளர், மாகாண சுகாதார அமைச்சு, கிழக்கு மாகாணம், உள் துறைமுக வீதி, திருகோணமலை
வட மத்திய மாகாணம்	செயலாளர், மாகாண சுகாதார அமைச்சு, வட மத்திய மாகாணம், மகாண சபை நிருவாக கட்டிடத் தொகுதி, முதலாவது மாடி, ஹரிச்சந்திர மாவத்தை, அநுராதபுரம்
வட மாகாணம்	செயலாளர், மாகாண சுகாதார அமைச்சு, வட மாகாணம், சுகாதார கிராமம், பன்னாய், யாழ்ப்பாணம்
சப்ரகமுவ மாகாணம்	செயலாளர், மாகாண சுகாதார அமைச்சு, சப்ரகமுவ மாகாணம், மாகாண சபை கட்டிடத் தொகுதி, புது நகரம், இரத்தினபுரி
மத்திய மாகாணம்	செயலாளர், மாகாண சுகாதார அமைச்சு, மத்திய மாகாணம், இல: 121, சங்கராஜ மாவத்தை, கண்டி

2. நிறுவனத் தலைவரினால் உரிய விண்ணப்பங்களை அனுப்பிவைக்குகையில் சமர்ப்பிக்கப்படும் அனைத்து விண்ணப்பதாரிகளும் பெயர் விபரம் அடங்கிய முகப்பு கடிதத்துடன் அனுப்பி வைக்கப்பட வேண்டும்.
3. குறித்த திகதிக்கு பின்னர் கிடைக்கும் விண்ணப்பங்கள் எதுவித காரணத்தைக் கொண்டும் ஏற்றுக்கொள்ளப்படமாட்டாது. உரிய மாதிரிக்கு அமைவாக தயாரிக்கப்படாத விண்ணப்பங்கள் மற்றும் தமைமையற்ற விண்ணப்பதாரிகளது விண்ணப்பங்களை சமர்ப்பிக்காதிருக்க நிறுவனத் தலைவர் ஆவண செய்ய வேண்டும். உரிய மாதிரிக்கு அமைவாக தயாரிக்கப்படாத விண்ணப்பங்கள், தமைமையற்ற விண்ணப்பதாரிகளது விண்ணப்பங்கள் மற்றும் குறித்த திகதிக்குப் பின்னர் கிடைக்கப்பெறும் விண்ணப்பங்கள் என்பன எதுவித அறிவித்தலும் இன்றி நிராகரிக்கப்படும்.



06. தெரிவு செய்யப்படும் விண்ணப்பதாரர்கள் உயர் தாதிய பயிற்சிக் கல்லூரியில் 06 மாத கால பயிற்சி நெறிக்கு இணைத்துக்கொள்ளப்படுவதுடன் பயிற்சி நெறியின் பின்னர் உரிய ஆரோக்கிய வாழ் மையங்களுக்கு இணைக்கப்பட்டு அங்கு குறைந்தது 04 வருடங்கள் பணியாற்ற வேண்டும். பயிற்சி நெறியின் பின்னர் தாம் தெரிவு செய்யப்படும் ஆரோக்கிய வாழ் மையங்களுக்கு கடமைக்குச் சமூகமளிப்பதாக சுகாதார சேவைகள் பணிப்பாளர் நாயகத்துடன் ரூபா 100,000/- இற்கான பிணை மற்றும் ஒப்பந்தத்திற்கு வருதல் வேண்டும். பயிற்சிக் காலத்தினுள் பயிற்சியிலிருந்து இடைவிலகினால் அல்லது நீக்கப்பட்டால் அல்லது பயிற்சியை விட்டுச்சென்றால் ஒப்பந்த தொகை, பயிற்சிக் காலத்தில் அவருக்கு செலுத்தப்படும் கொடுப்பனவுகள் மற்றும் அரசினால் பயிற்சி நெறியின் பொருட்டு செலவிடப்படும் செலவினங்கள் என்பன அவரால் திணைக்களத்துக்கு செலுத்தப்பட வேண்டும். அவ்வாறு செய்யாதவிடத்து அத்தொகையினை அறவிடுவதற்கான உரிய நடவடிக்கைகள் எடுக்கப்படும்.

07. இவ்வறிவித்தலில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள விபரங்களை தங்களது நிறுவனத்திலுள்ள சகல தாதிய உத்தியோகத்தர்களுக்கும் தெரியப்படுத்துவதற்கான ஆவண மேற்கொள்க. இங்கு குறிப்பிடப்படாத வேறு விடயங்கள் தொடர்பில் தாபன விதிக்கோவை மற்றும் அரசாங்க சேவைகள் ஆணைக்குழுவின் நடைமுறை விதிகளின் பிரகாரம் இறுதி முடிவு என்னால் எடுக்கப்படும் என்பதை குறிப்பிட்டுக் கொள்கின்றேன். இச்சுற்று நிருபத்தின் சிங்களம், தமிழ் மற்றும் ஆங்கில வடிவங்களிடையே முரண்பாடுகள் காணப்படுமிடத்து சிங்கள மொழி மூல வடிவமே வலுவடையதாகும்.

  
பீ. ஜீ. எஸ். குணதிலக,  
செயலாளர்,  
சுகாதாரம், போஷணை மற்றும் சுதேச வைத்திய அமைச்சு

**B. G. S. Gunathilake**  
Secretary  
Ministry of Health, Nutrition & Indigenous Medicine  
"Suwasiripaya"  
385, Rev. Baddegama Wimalawansa Thero Mawatha,  
Colombo 10, Sri Lanka

பின்னிணைப்பு 01

இல	ஆரோக்கிய வாழ்வு மையம் உரித்தான நிறுவனம் / மாகணம்	ஆட்சேர்ப்பு செய்யப்பட விருக்கும் ஆரோக்கிய வாழ்வு மையங்களின் எண்ணிக்கை
01	களுத்துறை தேசிய சுகாதார விஞ்ஞான நிறுவகம்	8
02	மேல் மாகாணம்	22
03	மத்திய மாகாணம்	29
04	தென் மாகாணம்	21
05	வட மாகாணம்	11
06	கிழக்கு மாகாணம்	21
07	வட மேல் மாகாணம்	23
08	வட மத்திய மாகாணம்	15
09	சப்ரகமுவ மாகாணம்	25
10	ஊவா மாகாணம்	25
மொத்தம்		200

உயர் தாதிய பயிற்சிக் கல்லூரியினால் நடாத்தப்படும் 06 மாத கால பொது சுகாதார தாதிய உத்தியோகத்தர் பயிற்சி நெறிக்கு ஆட்சேர்ப்பு செய்தல் - 2018

1. முல்லெழுத்துக்களுடன் பெயர்: .....  
(தெளிவான எழுத்துக்களில்)  
ஏனைய பெர்கள் முழுமையாக: .....
2. முகவரி:  
i. அலுவலக : .....  
ii. தனிப்பட்ட : .....
3. தேசிய அடையாள அட்டை இல: .....
4. தொலைபேசி இல:  
i. தனிப்பட்ட : ..... ii. அலுவலக:.....
5. பிறந்த திகதி:  
2018.09.25 ஆம் தினத்துடன் வயது : வருடம்:..... மாதங்கள்:..... நாட்கள்: .....
6. i. தாதிய உத்தியோகத்தராக முதலாவதாக நியமனம் பெற்ற திகதி: .....  
(நியமனக் கடிதத்தின் பிரதியினை இணைக்குக.)  
ii. தற்போதய தரம்: .....  
iii. தற்போதய தரத்துக்கு உயர்வு பெற்ற திகதி: .....  
iv. அப்பதவியில் கடமையைப் பொறுப்பேற்ற தினம்: .....  
v. இச் சேவை இடைநிறுத்தப்பட்டதா? .....  
vi. ஆயின் மீண்டும் சேவையில் இணைத்துக்கொள்ளப்பட்ட திகதி :.....  
vii. தாதிய பயிற்சிக் கல்லூரியின் இறுப்பரீட்சையினது தகைமை :.....
7. விண்ணப்பதாரி தற்சமயம் பணிபுரியும் சேவை நிலையம் : .....
8. மகப்பேற்று முறை பயிற்சியைப் பெற்றுள்ளீரா என்பது பற்றி :.....
9. இலங்கை வைத்திய சபை / தாதிய சபையில் பதிவு செய்யப்பட்டுள்ளாரா என்பது பற்றி :.....
10. இனம் :.....
11. விவாகமானவர் / விவாகமாகாதவர் என்பது பற்றி :.....
12. சித்தியடைந்துள்ள அதி உயர் பரீட்சை மற்றும் கற்ற மொழி :.....
13. அரச சேவையில் முன்னர் கடமையாற்றியிருப்பின் அது பற்றிய விபரம்:.....
14. வினைத்திறனின்மையின் காரணமாக எனக்கு ஓய்வு வழங்குவதற்கான ஒழுங்குகள் மேற்கொள்ளப்படவில்லை என்பதையும் அதற்கு எதிராக எடுக்கப்படும் அல்லது எடுக்கப்படலாம் என கருதும் ஒழுக்காற்று நடவடிக்கைகள் இல்லை என்பதையும் தெரிவித்துக்கொள்கின்றேன். இங்கு என்னால் வழங்கப்பட்டுள்ள தகவல் உண்மையற்றவை அல்லது பொய்யானவை என தெரியவருமிடத்து அவ்வாறு தெரிவய வருவது பயிற்சி நெறி ஆரம்பிக்கப்பட முன்னராயின் தகுதியற்றவரோவேன் என்பதையும் தெரிவு செய்யப்பட்டதன் பின்னராயின் பணித்தடைக்குள்ளாவேன் என்பதையும் நன்கு அறிவேன் என்பதை தெரிவித்துக்கொள்கின்றேன்.

திகதி

விண்ணப்பதாரியின் ஒப்பம்

15. விஷேட தர தாதியின் பரிந்துரை :

திரு / திருமதி / செல்வி ..... என்பவரால்  
சமர்ப்பிக்கப்பட்டுள்ள விண்ணப்பத்தினை பரிந்துரை செய்கின்றேன் / பரிந்துரை செய்யவில்லை.

திகதி:.....

விஷேட தர தாதியின் ஒப்பம்

16. விடயப் பொறுப்பு முகாமைத்துவ உத்தியோகத்தரால் தனிநபர் கோவைக்கு அமைவாக பூரணப்படுத்தப்பட வேண்டும்.

i. உத்தியோகத்தர் விண்ணப்பம் ஏற்றுக்கொள்ளப்படும் இறுதித் திகதிக்கு கிட்டிய 05 வருடங்களுக்குள் சம்பளமற்ற விடுமுறைகள் பெற்றுள்ளாரா என்பது பற்றி: .....  
(சம்பளமற்ற விடுமுறை பெற்றிருப்பின் கால வரையறையினை குறிப்பிடுக.)

அ. பிரசவ விடுமுறை:.....

ஆ. ஏனைய சம்பளமற்ற விடுமுறை:.....

ii. விண்ணப்பம் ஏற்றுக்கொள்ளப்படும் இறுதித் திகதிக்கு கிட்டிய 05 வருடங்களுக்குள் உத்தியோகத்தருக்கு எதிராக ஒழுக்காற்று விசாரணைகள் ஏதும் உள்ளதா என்பது பற்றி :

iii. கீழ் குறிப்பிடப்படும் ஆண்டுகளில் சம்பள ஏற்றம் எய்தப்பெற்றுள்ளதா (ஆம் / இல்லை) என குறிப்பிடுக.

2017 : .....

2014 : .....

2016 : .....

2013 : .....

2015 : .....

திரு / திருமதி / செல்வி ..... யினது தனிநபர் கோவைக்கு அமைவாக மேற்படி விபரங்கள் மற்றும் இல 01 தொடக்கம் 13 வரை விண்ணப்பதாரியினால் வழங்கப்பட்டுள்ள தகவல்கள் சரியானவை என்பதை உறுதிப்படுத்துகின்றேன். மேலும் இல. 16 யில் என்னால் வழங்கப்பட்டுள்ள தகவல்கள் சரியானவை என்பதையும் உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

திகதி:.....

விடயப் பொறுப்பு முகாமைத்து  
உத்தியோகத்தர் ஒப்பம்

17. நிருவாக உத்தியோகத்தர் / வைத்தியசாலை செயலாளரின் பரிந்துரை

திரு / திருமதி / செல்வி ..... யினது தனிநபர் கோவைக்கு அமைவாக மேற்படி விபரங்கள் மற்றும் இல 01 தொடக்கம் 13 வரை விண்ணப்பதாரியினால் வழங்கப்பட்டுள்ள தகவல்கள் சரியானவை என்பதை உறுதிப்படுத்துகின்றேன். மேலும் இல. 16 யில் என்னால் வழங்கப்பட்டுள்ள தகவல்கள் சரியானவை என்பதையும் உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

திகதி:.....

நிருவாக உத்தியோகத்தர் /  
வைத்தியசாலை செயலாளரின் ஒப்பம்

18. நிறுவனத் தலைவரின் பரிந்துரை

திரு / திருமதி / செல்வி ..... யினது தனிநபர் கோவைக்கு அமைவாக விண்ணப்பித்தில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள விபரங்கள் உண்மையானவை என உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

விண்ணப்பத்தினை பரிந்துரை செய்கின்றேன் / பரிந்துரை செய்யவில்லை

திகதி:.....

நிறுவனத் தலைவரின் ஒப்பம்  
மற்றும் பதவி முத்திரை