

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 )  
 website )



සුවසිරිපාය  
 சுவசிரிபாய  
 SUWASIRIPAYA

මගේ අංකය )  
 எனது இல ) ETR/J/B.Sc.DPR&P/01/2021  
 My No. )

ඔබේ අංකය )  
 உமது இல )  
 Your No. : )

දිනය ) 11.06.2020  
 திகதி )  
 Date )

සෞඛ්‍ය සහ දේශීය වෛද්‍ය සේවා අමාත්‍යාංශය  
 சுகாதார மற்றும் சுதேச வைத்திய சேவைகள் அமைச்சு  
 Ministry of Health and Indigenous Medical Services

පොදු චක්‍රලේඛ ලිපි අංක :- 02-33/2020

පළාත් සෞඛ්‍ය ලේකම්වරුන්  
 පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්‍ෂවරුන්  
 ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්‍ෂවරුන්  
 විමධ්‍යගත අංශ / විශේෂිත ව්‍යාපාර ප්‍රධානීන්  
 රේඛීය අමාත්‍යාංශ යටතේ පාලනය වන රෝහල් අධ්‍යක්‍ෂවරුන් හා ආයතන ප්‍රධානීන්

පේරාදෙණිය විශ්ව විද්‍යාලයේ සම සෞඛ්‍ය විද්‍යා පීඨය මගින් පවත්වනු ලබන භෞත චිකිත්සක හා විකිරණ ශිල්පී උපාධි පාඨමාලාව හැදෑරීම සඳහා තිලධාරීන් බඳවා ගැනීම 2020 ( සාමාන්‍ය උපාධිය )

පේරාදෙණිය විශ්ව විද්‍යාලයේ සම සෞඛ්‍ය විද්‍යා පීඨය මගින් පවත්වනු ලබන භෞත චිකිත්සක හා විකිරණ ශිල්පී උපාධි පාඨමාලාව හැදෑරීම සඳහා රේඛීය අමාත්‍යාංශය/පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය යටතේ සේවයේ නියුතු තිලධාරීන්ගෙන් අයදුම්පත් කැඳවනු ලැබේ. බී.එස්.සී.(භෞත චිකිත්සක හා විකිරණ ශිල්පී) සිව් අවුරුදු (4) උපාධි පාඨමාලාව හැදෑරීම සඳහා තෝරාගත් අපේක්‍ෂකයින් එම පුහුණු පාඨමාලාවේ තෝරාගත් කොටස්වලින් නිදහස් කරනු ලබන අතර එම කාලසීමාවේදී නැවත තම ආයතනවල සේවයට වාර්තා කළ යුතුය. පුහුණු පාඨමාලාවෙන් නිදහස් කරනු ලබන සම්පූර්ණ කාලසීමාව වසර එකක් (1) වන අතර පාඨමාලාවේ ඉතිරි වසර තුන (03) සඳහා වැටුප් සහිත අධ්‍යයන තිවාඩු ලබා දෙනු ඇත.

2. ඇතුළත්වීමේ සුදුසුකම්

- 1) අදාළ තනතුරෙහි ඩිප්ලෝමාධාරියෙකු වීම, සහ ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවෙහි ලියාපදිංචි වී තිබීම අනිවාර්යය වේ.
- 2) රාජ්‍ය සේවයෙහි අවම වශයෙන් වසර 05 ක සේවා කාලයක් සපුරා තිබීම.
- 3) අයදුම්පත් භාරගන්නා අවසන් දිනය වන විට වයස අවුරුදු 48 ට නොවැඩි වීම.
- 4) අ.පො.ස. (උ/පෙළ) විභාගයෙන් ජීව විද්‍යාව, (සත්ත්ව විද්‍යාව හා උද්ගීර් විද්‍යාව) රසායන විද්‍යාව, භෞතික විද්‍යාව එක්වරකදී සමත්ව තිබීම.
- 5) අ.පො.ස. (සා/පෙළ) විභාගයේදී ඉංග්‍රීසි විෂයය සඳහා අවම වශයෙන් සාමාර්ථයක් (S) ලබා තිබීම.
- 6) තෝරාගත් පාඨමාලාව හැදෑරීම සඳහා සුදුසු ගාරිච්ඛ හා මානසික යෝග්‍යතාවයකින් යුක්ත වීම.
- 7) පේරාදෙණිය විශ්ව විද්‍යාලයේ සම සෞඛ්‍ය විද්‍යා පීඨය මගින් පවත්වනු ලබන ලිඛිත හා වාචික පරීක්ෂණයක් මත පදනම්ව තෝරා ගැනීම සිදුවේ.

3. අයදුම්පත්‍රය

මේ සමග අමුණා ඇති ආකෘති පත්‍රයට අනුව සකස් කරන ලද අයදුම්පත් රේඛීය අමාත්‍යාංශ ආයතනවල නම් ආයතන ප්‍රධානියා විසින්ද, පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශයේ නම් පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ විසින් ද නිසි පරිදි සහතික කර ආයතන ප්‍රධානියා / පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ මගින් 2020 ජූනි 30 දින හෝ ඊට පෙර නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (අධ්‍යාපන, පුහුණු හා පර්යේෂණ), සුවසිරිපාය, නො. 385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත, කොළඹ 10 වෙත ලැබෙන සේ ලියාපදිංචි තැපෑලෙන් එවිය යුතුය. අසම්පූර්ණ හෝ නියමිත දිනට පසුව ලැබෙන අයදුම්පත් ප්‍රතික්ෂේප කරනු ලැබේ. බහාලන ලියුම් කවරයේ ඉහළ වම් කෙළවරේ “පේරාදෙණිය විශ්ව විද්‍යාලය මගින් පවත්වනු ලබන භෞත විකිත්සක හා විකිරණ ශිල්පී උපාධි පාඨමාලාව හැදෑරීම සඳහා නිලධාරීන් බඳවා ගැනීම 2020, යනුවෙන් සඳහන් කළ යුතුය”. (ඔබගේ තනතුර වර්ණ ගන්වන්න)

4. තෝරා ගැනීමේ පරික්ෂණය

- 1) අයදුම්කරුවන් පේරාදෙණිය විශ්ව විද්‍යාලයේ සම සෞඛ්‍ය විද්‍යා පීඨය මගින් පවත්වනු ලබන ලිඛිත හා වාචික පරික්ෂණයක් සඳහා පෙනී සිටිය යුතුය.

5. සේවා ගිවිසුම

තෝරා ගත් අපේක්ෂකයින්ට අවුරුදු තුනක් සඳහා වැටුප් සහිත නිවාඩු ප්‍රදානය කෙරෙන අතර නිසි පරිදි පාඨමාලාව නිමා කරන බවට හා උපාධි පාඨමාලාව හැදෑරීමෙන් පසුව අවුරුදු දහයක කාල සීමාවක් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය/පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය සඳහා සේවය කරන බවට ඔවුන් රුපියල් 600,000.00 ක මුදලක් සඳහා සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ ජනරාල්/ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ සමඟ බැඳුම්කරයක් අත්සන් කළ යුතුය.

තෝරාගත් අපේක්ෂකයෙකු එහි උපාධි පාඨමාලාව සම්පූර්ණ කිරීමට හෝ බැඳුම්කරයකට හා ගිවිසුමට අදාළව සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය / පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය පනවන ලද කොන්දේසි සපුරාලීමට අපොහොසත් වන්නේ නම් එවැනි අපේක්ෂකයෙකුට ඵරෙහිව සුදුසු පරිදි නීතිමය ක්‍රියාමාර්ග ගනු ලැබේ.

කෙසේ වුවද, මෙම පුහුණුව හේතු කොටගෙන ඉහළ තනතුරක් ඉල්ලා සිටීමට අපේක්ෂකයින්ට අයිතියක් නොමැත. එමෙන්ම පාඨමාලාව නිමා කළ අභ්‍යාසලාභීන් ඉහළ තනතුරක් සඳහා දෙපාර්තමේන්තුවට අත්තර්ග්‍රහණය කිරීම පවතින පුරප්පාඩු සංඛ්‍යාව මත හා හුදෙක්ම පත්කිරීමේ බලධාරීන්ගේ අභිමතය පිරිදි සිදුවන්නේය.

6. මෙම චක්‍රලේඛයේ අත්තර්ග්‍රහ කරුණු කෙරෙහි ඔබ ආයතනයේ/පළාතේ/ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ බල ප්‍රදේශයේ/ විශේෂිත ව්‍යාපාරයේ සේවයේ නියුතු භෞතවිකිත්සක හා විකිරණ ශිල්පී නිලධාරීන් ගේ අවධානය යොමු කරවීමට වග බලා ගන්නා මෙන් කාරුණිකව ඉල්ලා සිටිමි.

ලේකම්  
පිටපත්

වෛද්‍ය එස්. එච්. මුණසිංහ  
ලේකම්  
සෞඛ්‍ය සහ දේශීය වෛද්‍ය සේවා අමාත්‍යාංශය  
"සුවසිරිපාය"  
385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,  
කොළඹ 10.

1. පීඨාධිපති, පේරාදෙණිය විශ්ව විද්‍යාලය
2. නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (පාලන) III ( ගිවිසුම් සහ ඇපකර සැකසීම)
3. අධ්‍යක්ෂ (පාලන) II
4. පාඨමාලා සමායෝජක, පේරාදෙණිය විශ්ව විද්‍යාලය
5. ප්‍රධාන නීති නිලධාරී - සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය

ජෙරාදෙණිය විශ්ව විද්‍යාලයේ සම සෞඛ්‍ය විද්‍යා පීඨය මගින් පවත්වනු ලබන ගෞත විකිත්සක හා විකිරණ ශිල්පී උපාධි පාඨමාලාව හැදෑරීම සඳහා නිලධාරීන් බඳවා ගැනීම 2020

1. මූලකුරු සමග නම (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්)  
.....  
.....
2. අයදුම්කරුගේ සම්පූර්ණ නම (ඉංග්‍රීසි කැපිටල් අකුරෙන්)  
.....  
.....
3. පත්වීම් බලධාරියා ..... තනතුර .....
4. ගෞතවිකිත්සක/විකිරණ නිලධාරියෙක ලෙස පළමු පත්වීමේ දිනය .....  
වර්තමාන ශ්‍රේණිය .....
5. ලිපිනය  
 I. රාජකාරි  
 II. පෞද්ගලික  
 III. දුරකථන අංකය  
 රාජකාරි.....පෞද්ගලික.....ජංගම.....
6. පෞද්ගලික තොරතුරු  
 උපන්දිනය..... ජාති. අංකය.....
7. වයස අවු ..... මාස ..... දින ..... (2020 ජූනි..... දිනට)
8. ස්ත්‍රී /පුරුෂ භාවය ..... විවාහක /අවිවාහක .....
9. අධ්‍යාපන සුදුසුකම්  
 I. අ.පො.ස (උ/පෙළ) විභාග ප්‍රථිඵල විභාග අංකය ..... වර්ෂය.....  
 විෂය ..... සාමාර්ථය .....  
 .....  
 .....  
 II. අ.පො.ස (සා/පෙළ) විභාග ප්‍රථිඵල විභාග අංකය ..... වර්ෂය.....  
 විෂය (ඉංග්‍රීසි) ..... සාමාර්ථය .....

10. රැකියාව පිළිබඳ විස්තර

I. වර්තමාන තනතුර පිළිබඳ විස්තර

- I. තනතුර - .....
- II. ආයතනය/ දෙපාර්තමේන්තුව - .....
- III. වර්තමාන ආයතනයට පත් වූ දිනය - .....
- IV. ස්ථිර/විශ්‍රාම වැටුප් සහිත / විශ්‍රාම වැටුප් රහිත/තාවනාලික යන වග
- V. සේවයේ ස්ථිර වී ඇති බව - .....
- VI. ස්ථිර නම් දිනය

II. පෙර දරන තනතුර පිළිබඳ විස්තර

ආයතනය	තනතුර	සිට	දක්වා

III. වෘත්තීය සුදුසුකම්/වෙනත් සුදුසුකම්

විභාගය	වර්ෂය	ආයතනය	සාමාර්ථය/ශ්‍රේණිය

11. මම කවරදාක හෝ අපරාධ වරදක් සඳහා උසාවියකින් වැරදිකරු වී තිබේද?.....  
එසේ නම් එකී වරද පිළිබඳ සහ පහවන ලද දඬුවම පිළිබඳ විස්තර සපයන්න.

12. භෞතවිකිත්සක/ විකිරණ ශිල්පී නිලධාරියෙකු ලෙස ශ්‍රී ලංකා වෛද්‍ය සභාවේ ලියාපදිංචිය/ඩිප්ලෝමා සහතිකය

අංකය ..... දිනය .....

13. අයදුම්කරුගේ ප්‍රකාශය

මෙම අයදුම්පතෙහි මා විසින් සපයා ඇති තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බව ප්‍රකාශ කරමි. මෙහි සඳහන් යම්කිසි තොරතුරක් අසම්පූර්ණ බැව් හෝ වැරදි බැව් අනාවරණය වුවහොත් මගේ අයදුම්පත ප්‍රතික්ෂේප කරනු ලබන බවත් පසුව එසේ අනාවරණය වුවහොත් මගේ ශිෂ්‍යභාවය අවසන් කරනු ලබන බවත් බැඳුම්කරයට හා ගිවිසුමට අනුව අදාළ කවර හෝ ගාස්තු සහ අනෙකුත් වියදම් අයකර ගනු ලැබීමට ද යටත්වන බවත් මම දනිමි.

මෙම පුහුණුව හේතුකොට ගෙන ඉහළ තනතුරක් ඉල්ලා සිටීමට මා හට අයිතියක් නොමැති බවද, මා මෙම පාඨමාලාව සම්පූර්ණ කළද දෙපාර්තමේන්තුවෙන් අතිරේක ප්‍රතිලාභ ඉල්ලුම් කිරීමට අයිතියක් නොමැති බවද දනිමි.

ඉහත පාඨමාලාවට මා තෝරා ගනු ලැබුවහොත් දැන්වීමෙහි සඳහන් කර ඇති පරිදි සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ ජනරාල්/ පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ සමග ගිවිසුමකට හා බැඳුම්කරයකට අත්සන් කළ යුතු බවද දනිමි.

.....  
දිනය

.....  
අයදුම්කරුගේ අත්සන

ආයතන ප්‍රධානියාගේ සහතිකය

.ගෞතවිකිත්සක/ විකිරණ ශිල්පී නිලධාරී..... මයා/මිය/මෙය විසින් මෙම අයදුම්පතේ අංක 1 සිට 12 දක්වා සපයා ඇති තොරතුරු නිවැරදි බවත් ඔහුගේ/ඇයගේ/ රාජකාරි කටයුතු සහ හැසිරීම සතුටුදායක/අසතුටුදායක බවත් සහතික කරමි. ඔහු/ඇය තෝරා ගනු ලැබුවහොත් වසර 03 ක ගෞතවිකිත්සක/ විකිරණ ශිල්පී උපාධි පාඨමාලාව හැදෑරීම සඳහා මුදා හැරිය හැකි බවද දන්වා සිටිමි.

.....  
දිනය

.....  
ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන  
(රබර් මුද්‍රාව)

\*\*\*\*\*

ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂකගේ සහතිකය (පළාත් අයදුම්කරුවන් සඳහා)

.ගෞතවිකිත්සක/ විකිරණ ශිල්පී නිලධාරී..... මයා/මිය/මෙය විසින් මෙම අයදුම්පතේ අංක 1 සිට 12 දක්වා සපයා ඇති තොරතුරු නිවැරදි බවත් ඔහුගේ/ඇයගේ/ රාජකාරි කටයුතු සහ හැසිරීම සතුටුදායක/අසතුටුදායක බවත් සහතික කරමි. ඔහු/ඇය තෝරා ගනු ලැබුවහොත් වසර 03 ක ගෞතවිකිත්සක/ විකිරණ ශිල්පී උපාධි පාඨමාලාව හැදෑරීම සඳහා මුදා හැරිය හැකි බවද දන්වා සිටිමි.

.....  
දිනය

.....  
ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂකගේ අත්සන  
(රබර් මුද්‍රාව)

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 )  
website )



සුවසිරිපාය  
சுவசிரிபாய

SUWASIRIPAYA

මගේ අංකය )  
எனது இல ) ETR/J/B.Sc.DPR&P/01/2020  
My No. )  
මගේ අංකය )  
உமது இல )  
Your No. : )

දිනය )  
திகதி ) 11.06.2020  
Date )

සෞඛ්‍ය සහ දේශීය වෛද්‍ය සේවා අමාත්‍යාංශය  
சுகாதார மற்றும் சுதேச வைத்திய சேவைகள் அமைச்சு  
Ministry of Health and Indigenous Medical Services

பொது சுற்றறிக்கை கடித இல. :- 02-33/2020

மாகாண சுகாதார செயலாளர்கள்,  
மாகாண சுகாதார சேவைகள் பணிப்பாளர்கள்,  
பிராந்திய சுகாதார சேவை பணிப்பாளர்கள்,  
பன்முகப்படுத்தப்பட்ட பிரிவுகள்/ விஷேட இயக்கங்களின் தலைவர்கள்,  
நேரடி அமைச்சின் கீழ்வரும் வைத்தியசாலைப் பணிப்பாளர்கள்,  
நிறுவனத் தலைவர்கள்,

பேராதனைப் பல்கலைக்கழகத்தின் இணைந்த சுகாதார விஞ்ஞான பீடத்தினூடாக வழங்கப்படும் பௌதீக சிகிச்சையாளர் /கதிர்வீச்சாளர் விஞ்ஞான இள மாணி பட்டப்படிப்பிற்கு பக்கவாட்டான நுழைவு- 2020

பேராதனை பல்கலைக்கழகத்தினூடாக வழங்கப்படும் பௌதீக சிகிச்சையாளர் / கதிர்வீச்சாளர் விஞ்ஞான இளமாணிபட்டப் பாடநெறியைப் பெற்றுக் கொள்வதற்காக சுகாதார அமைச்சின் கீழ் சேவையாற்றும் உத்தியோகத்தர்களிடமிருந்து விண்ணப்பங்கள் கோரப்படுகின்றன. பேராதனை பல்கலைக்கழகத்தினால் நடாத்தப்படும் இக்கற்கை நெறியானது நான்கு வருடங்களைக் கொண்டது. அரச சுகாதார துறையில் பௌதீக சிகிச்சையாளர் அல்லது கதிர்வீச்சாளராக பணியாற்றுவோருக்கு கற்கை நெறியில் சிற்சில காலங்களுக்கு விலக்கு அளிக்கப்படும். அவ்வாறான விலக்களிக்கப்படும் காலங்களில் அவர்கள் அரச துறையில் மீண்டும் பணியாற்ற வேண்டி மீள அனுப்பப்படுவர். இவ்வாறாக கற்கைக் காலத்தில் விலக்கு அளிக்கப்படும் காலப்பகுதி முழுமையாக ஒரு வருடமளவில் ஆகும். எனவே அவர்களது கற்கைக் காலமானது, மூன்று வருடங்களுக்கானதாகும்.

1. நுழைவுத் தகைமைகள்.

- (I) பௌதீக சிகிச்சையாளர் / கதிர்வீச்சாளர் டிப்ளோமா பெற்றிருந்தலுடன் டிப்ளோமா சான்றிதழானது இலங்கை மருத்துவசபையில் பதிவு செய்யப்பட்டு இருக்க வேண்டும்.
- (II) விண்ணப்ப முடிவுத்திகதியின் போது சுகாதார அமைச்சின் கீழ் /அரச சேவையில் 05 ஆண்டுகள் சேவை பூர்த்தி செய்யப்பட்டிருத்தல் வேண்டும்.
- (III) விண்ணப்ப முடிவு திகதியின் போது 48 வயதிற்கு குறைந்தவராக இருக்கவேண்டும்.
- (IV) க.பொ.த(உ/த)ப் பரீட்சையில் குறைந்தது 03 விஞ்ஞான பாடங்களில் (உயிரியல் - தாவரவியல், விலங்கியல், இரசாயனவியல் மற்றும் பெள்கவியல்) ஒரே முறையில் சித்தியடைந்திருத்தல் வேண்டும்.
- (V) க.பொ.த(சா/த)ப் பரீட்சையில் ஆங்கில மொழியில் (S) சித்தியடைந்திருத்தல் வேண்டும்.
- (VI) தெரிவுசெய்யப்படும் கல்வித்துறைக்கான உரிய உடல், உள தகுதியினைக் கொண்டிருத்தல் வேண்டும்.
- (VII) பேராதனை பல்கலைக்கழகத்தினால் நடார்த்தப்படும் தெரிவுப் பரீட்சையில் சித்திக்குரிய புள்ளிகள் பெறல்.

2. விண்ணப்பங்கள்.

இதனுடன் இணைக்கப்பட்டுள்ள விண்ணப்பப்படிவங்கள் முறையாக பூர்த்தியாக்கப்பட்டு, அது மத்திய அமைச்சின் கீழ்வரும் நிறுவனங்களாயின் நிறுவனத் தலைவர்களாலும், மாகாண சுகாதார அமைச்சாயின் பிராந்திய பணிப்பாளர் / மாகாணப் பணிப்பாளராலும் அத்தாட்சிப்படுத்தப்பட்டு, 2020.06.30 ஆம் திகதியன்று அல்லது அதற்கு முன், பிரதிப் பணிப்பாளர் நாயகம் (கல்வி,பயிற்சியும் ஆய்வுகளும்), இல.385,வண.பத்தேகம விமலவன்ச தேரோ மாவத்தை,கொழும்பு - 10. எனும் முகவரிக்கு கிடைக்கக்கூடியவாறு பதிவுத்த பாலில் அனுப்பி வைக்கப்பட வேண்டும். பூரணப்படுத்தப்படாத அல்லது குறித்த திகதிக்குபின்னர் கிடைக்கப் பெறும் விண்ணப்பங்கள் நிராகரிக்கப்படும். கடித உறையின் இடது பக்கமேல் மூலையில் "பேராதனை பல்கலைக்கழகத்தின் இணைந்த சுகாதார விஞ்ஞான பீடத்தினூடாக வழங்கப்படும் பௌதீக சிகிச்சையாளர் / கதிர்வீச்சாளர் விஞ்ஞான இளமாணி பட்டப்படிப்பிற்கான நுழைவு" என தெளிவாக குறிப்பிடப்பட வேண்டும்.

3. பரீட்சை

பேராதனைப் பல்கலைக்கழகத்தினால் நடாத்தப்படும் தெரிவுப் பரீட்சைக்கு அமருமாறு பரிசீலிக்கப்பட்ட விண்ணப்பதாரிகள் வேண்டப்படுவார்கள். பரீட்சையின் வடிவமானது பேராதனைப் பல்கலைக்கழகத்தின் இணைந்த சுகாதார விஞ்ஞான பீடத்தினால் தீர்மானிக்கப்படும்.

4. சேவை ஒப்பந்தங்கள்

விஞ்ஞான இளமாணி பட்டப்படிப்பு (இயன் மருத்துவ சிகிச்சை) ஐத் தொடர்வதற்கு தெரிவு செய்யப்பட்ட பரீட்சாத்திகளுக்கு 03 வருட காலத்திற்கு வேதனத்துடன் கூடிய விடுமுறை வழங்கப்படுவதுடன், அவர்கள் குறித்த பாடநெறியை பூர்த்தி செய்வதற்கும், பாடநெறியை நிறைவு செய்த பின்னர் 10 வருட காலத்திற்கு சுகாதார அமைச்சுக்காக/மாகாணசுகாதார அமைச்சுக்காக சேவை செய்ய இணங்கி ரூபா 600,000.00 தொகைக்கு சுகாதார பணிப்பாளர் நாயகத்துடன் /மாகாண சுகாதார சேவை பணிப்பாளருடன் சேவை ஒப்பந்தமொன்று கைச்சாத்திடப்படும்.

தெரிவு செய்யப்பட்ட பரீட்சாத்தி பட்டப்படிப்பு பாடநெறியை நிறைவு செய்யாவிடின் அல்லது சுகாதார அமைச்சு/மாகாண சுகாதார அமைச்சு என்பவற்றுடன் செய்து கொள்ளப்பட்ட ஒப்பந்த உடன்படிக்கை நிபந்தனைகளை மீறின் அவர்களுக்கெதிராக பொருத்தமான சட்ட நடவடிக்கை எடுக்கப்படும்.

எவ்வாறாயினும், இந்தப் பயிற்சியின் மூலம் பரீட்சாத்திகளுக்கு உயர் பதவிகளை கோருவதற்கு உரிமை இல்லை. அத்துடன் பாடநெறியை நிறைவு செய்த பயிற்சியாளர்களை திணைக்களத்தினுள்ள உயர் பதவிகளுக்கு உள்வாங்குவது, ஏற்கனவேயுள்ள பதவி வெற்றிடங்களையும், நியமனங்களை வழங்கும் அதிகார சபையின் முழு உரிமையையும் விருப்பத்தையும் பொறுத்ததாகும்.

5. இந்த சுற்றறிக்கையிலுள்ள தகவல்களை உங்கள் நிறுவனம் /மாகாணம் /பிராந்திய சுகாதார சேவைப் பணிப்பாளர் பகுதிகள் / கருத்திட்ட உத்தியோகத்தர்கள் ஆகியோரின் கவனத்திற்கு கொண்டு வருமாறு தாழ்மையுடன் கேட்டுக்கொள்ளப்படுகிறது.

Dr. S. H. Munasinghe

Secretary

Ministry of Health & Indigenous Medical Services

"Suwasinpaya",

385, Rev. Baddegama Wimalawansa Thero Mawatha,

Colombo 10, Sri Lanka.

செயலாளர்,  
சுகாதார மற்றும் சுதேச வைத்திய சேவைகள் அமைச்சு.

பிரதிகள்:-

1. பீடாதிபதி, இணைந்த சுகாதார விஞ்ஞான பீடம் பேராதனைப், பல்கலைக்கழகம்,
2. பிரதிப் பணிப்பாளர் நாயகம் (நிர்வாகம்) III.
3. பணிப்பாளர் (நிர்வாகம்) II
4. பாடநெறி ஒருங்கிணைப்பாளர், பேராதனை பல்கலைக்கழகம்.
5. பிரதான சட்ட உத்தியோகத்தர், சுகாதார அமைச்சு.

அலுவலக உபயோகத்திற்கு மட்டும்

பேராதனைப் பல்கலைக்கழகத்தின் இணைந்த சுகாதார விஞ்ஞான பீடத்தினூடாக வழங்கப்படும் பௌதீக சிகிச்சை /கதிர்வீச்சாளர் விஞ்ஞான இள மாணி பட்டப்படிப்பிற்குரிய நுழைவு- 2020

1. முதலெழுத்தக்களுடன் பெயர்கள்:- .....  
.....  
(ஆங்கில பெரிய எழுத்துக்களில்)
2. விண்ணப்பதாரியின் முழுப்பெயர்:- .....  
.....  
(ஆங்கில பெரிய எழுத்துக்களில்)
3. தற்போதய பதவி பொறுப்பாளர் :- .....  
பதவி :- .....
4. முதல் நியமனத் திகதி பௌதீக சிகிச்சையாளர் / கதிர்வீச்சாளர் :- .....  
தற்போதையதரம் :- .....
5. முகவரி  
1) அலுவலகம் :- .....  
2) தனிப்பட்டது :- .....  
3) தொலைபேசி :- அலுவலகம் :-..... தனிப்பட்டது :-.....  
கைத்தொலைபேசி :- .....
6. தனிப்பட்ட விபரம்  
பிறந்த திகதி :- ..... தே.அ.அ.இல :- .....
7. வயது :- வருடம் ..... மாதம் ..... நாட்கள் .....  
(2020.06. ஆம் திகதியில்)
8. பால் :- ஆண்/பெண் ..... விவாகமானவரா/விவாகமாகாதவரா :- .....
9. கல்வித் தகைமைகள் :-  
(I) க.பொ.த (உ/த) பரீட்சை பெறுபேறுகள்  
சுட்டிலக்கம் :-..... வருடம் :-.....  

பாடம்	தரம்
1. ....	.....
2. ....	.....
3. ....	.....
4. ....	.....
- (II) க.பொ.த (சா/த) பரீட்சை பெறுபேறுகள்  
சுட்டிலக்கம் :-..... வருடம் :-.....  
பாடம் :- ஆங்கிலம் தரம் :- .....



10. தொழில் விபரம் :-

(1) தற்போதைய தொழில் விபரம்:

பதவி: .....

நிறுவனம் / திணைக்களம்: .....

தற்போதைய நிறுவனத்தில் கடமை மேற்கொண்ட திகதி: .....

நிரந்தரமானது / ஓய்வூதியத்திற்குரியது / ஓய்வூதியமற்றது / தற்காலிகமானது: .....  
சேவையில் நிரந்தரமாக்கப்பட்டுள்ளீரா? ..... ஆம் எனில் திகதி: .....

(11)

நிறுவனம்	பதவிப்பெயர்	தொடக்கம்	வரை

(111) தொழில் தகைமைகள் / ஏனைய தகைமைகள் :-

பரீட்சை	வருடம்	நிறுவனம்	சித்தி/ தரம்

11. நீர் எப்பொழுதாவது குற்றவியல் குற்றத்திற்காக சட்டநீதிமன்றில் குற்றவாளியாக்கப்பட்டுள்ளீரா?

.....

ஆம் எனில், அத்தகைய குற்றச்சாட்டை பற்றியும், விதிக்கப்பட்ட தண்டனை பற்றியும் குறிப்பிடுக.

.....  
12. இலங்கை மருத்துவ சபையில் பதிவு (பௌதீக சிகிச்சையாளர் / கதிர்வீச்சாளர்)

பதிவு இல :- ..... திகதி:- .....

13. விண்ணப்பதாரியின் வெளிப்படுத்தல்

இந்தவிண்ணப்பத்தில் என்னால் வழங்கப்பட்டுள்ள விபரங்கள் உண்மையானதும் சரியானதும் என உறுதிப்படுத்துகின்றேன். ஏதாவது விபரங்கள் பூர்த்தி செய்யப்படாது அல்லது பிழையாக இருக்க காணப்பட்டால் எனது விண்ணப்பம் நிராகரிக்கப்படும் என்பதையும் அல்லது அது பின்னர் தெரியவந்தால் எனது மாணவராக இருக்கும் நிலை நீக்கப்படும் என்பதையும், பிணை மற்றும் உடன்படிக்கையின் படி கட்டணங்கள் மற்றும் ஏனைய செலவுகள் எது பொருத்தமானதோ அதனை அறவிடுவதற்குமான பொறுப்புடையேன் என்பதையும் நான் நங்குஅறிவேன்.

இப்பயிற்சியின் பயனாக உயர் பதவி ஒன்றை கோருவதற்கு உரித்துடையவர் அல்ல என்பதையும் நான் அறிவேன். நான் இந்தபாடநெறியை பூர்த்திசெய்தாலும், திணைக்களத்திலிருந்து மேலதிக நலங்களை கோருவதற்கு உரித்துடையவர் அல்ல என்பதையும் நான் நன்கறிவேன்.

நான் மேற்படி பயிற்சிக்கு தெரிவுசெய்யப்பட்டால் விளம்பரத்தில் குறிப்பிட்டவாறு சுகாதார சேவைகள் பணிப்பாளர் நாயகம் / சம்பந்தப்பட்ட மாகாண சபை செயலாளருடன் ஒப்பந்தம் மற்றும் பிணை ஒன்றை மேற்கொள்ள வேண்டும் என்பதையும் நான் நங்கு அறிவேன்.

.....  
திகதி

.....  
விண்ணப்பதாரியின் கையொப்பம்

நிறுவன தலைவரின் சான்றிதழ்:-

திரு/திருமதி/செல்வி :- ..... (பதவிப் பெயர்) .....  
.....அவர்களால் இந்தவிண்ணப்பத்தில் வழங்கப்பட்டுள்ள 01 இருந்து 13 வரையான  
விடயங்கள் சரியானவை என்றும், அவர் /அவளுடைய வேலை மற்றும் நடத்தை  
....., என்றும், அவர் / அவள் தெரிவுசெய்யப்பட்டால், அவர் / அவளை 04  
வருடங்களுக்கு பௌதீக சிகிச்சையாளர் / கதிர்வீச்சாளர் விஞ்ஞான இளமாணி பட்டப்படிப்பு  
தொடர்வதற்கு விடுவிக்க முடியும் என்றும் சான்றுரைக்கின்றேன்.

.....  
திகதி

.....  
நிறுவனதலைவரின் கையொப்பம்  
(உத்தியோகபூர்வ இலட்சினை)

\*\*\*\*\*

பிராந்திய சுகாதார சேவைகள் பணிப்பாளரின் (மாகாண விண்ணப்பதாரிகள் தொடர்பில்) சான்றிதழ் :-

திரு/திருமதி/செல்வி :- ..... (பதவிப் பெயர்) .....  
.....அவர்களால் இந்தவிண்ணப்பத்தில் வழங்கப்பட்டுள்ள 01 இருந்து 13 வரையான  
விடயங்கள் சரியானவை என்றும், அவர் /அவளுடைய வேலை மற்றும் நடத்தை  
....., என்றும், அவர் / அவள் தெரிவுசெய்யப்பட்டால், அவர் / அவளை 04  
வருடங்களுக்கு பௌதீக சிகிச்சையாளர் / கதிர்வீச்சாளர் விஞ்ஞான இளமாணி பட்டப்படிப்பு  
தொடர்வதற்கு விடுவிக்க முடியும் என்றும் சான்றுரைக்கின்றேன்.

.....  
திகதி

.....  
பி.ச.சே.பணிப்பாளரின் (RDHS) கையொப்பம்  
(உத்தியோகபூர்வ இலட்சினை)

\*\*\*\*\*

மாகாண சுகாதார சேவைகள் பணிப்பாளரின் (மாகாணங்களிலுள்ள விண்ணப்பதாரிகளுக்கு) சான்றிதழ்:-

திரு/திருமதி/செல்வி :- ..... (பதவிப் பெயர்) .....  
.....அவர்களால் இந்தவிண்ணப்பத்தில் வழங்கப்பட்டுள்ள 01 இருந்து 13 வரையான  
விடயங்கள் சரியானவை என்றும், அவர் /அவளுடைய வேலை மற்றும் நடத்தை  
....., என்றும், அவர் / அவள் தெரிவுசெய்யப்பட்டால், அவர் / அவளை 04  
வருடங்களுக்கு பௌதீக சிகிச்சையாளர் / கதிர்வீச்சாளர் விஞ்ஞான இளமாணி பட்டப்படிப்பு  
தொடர்வதற்கு விடுவிக்க முடியும் என்றும் சான்றுரைக்கின்றேன்.

.....  
திகதி

.....  
மா.ச.பணிப்பாளர் (PDHS) கையொப்பம்  
(உத்தியோகபூர்வ இலட்சினை)

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 )  
website )



සුවසිරිපාය  
சுவசிரிபாய

SUWASIRIPAYA

මගේ අංකය )  
எனது இல ) ETR/J/B.Sc.DPR&P/01/2/  
My No. )

ඔබේ අංකය )  
உமது இல )  
Your No. : )

දිනය ) 11.06.2020  
திகதி )  
Date )

සෞඛ්‍ය සහ දේශීය වෛද්‍ය සේවා අමාත්‍යාංශය  
சுகாதார மற்றும் சுதேச வைத்திய சேவைகள் அமைச்சு  
Ministry of Health and Indigenous Medical Services

General Circular Letter:- 02-33/2020

Provincial Health Secretaries,  
Provincial Directors of Health Services,  
Regional Directors of Health Services,  
Heads of Decentralized Units / Specialised Campaigns,  
Directors of Hospitals under the line Ministry & Heads of the Institutions.

**Enrolling Government Physiotherapist/ Radiographers into the Regular Degree Program / conducted by Faculty of Allied Health Sciences, University of Peradeniya-2020**

Applications are hereby invited from suitably qualified candidates who are currently in health service and working under the Ministry of Health / Provincial Ministry of Health to follow the B.Sc.in Physiotherapy / Radiography Course conducted by University of Peradeniya. This course is four (04) years. Applicants applying from government Physiotherapy and Radiography sectors will be given exemptions for certain parts of the training course. During these exempted periods, the candidate will be sent back to govt. service and expected to continue work. The total period of exemptions that is given during the course; would be approximately 01 year. Hence the candidate will be given paid study leave for remaining 03 years of the course.

**2. Entry Qualifications**

1. Candidates should have a diploma in respective disciplines and registered in Sri Lanka Medical Council as Physiotherapists / Radiographers.
2. Candidates should have completed Minimum of 05 years' service under the Ministry of Health as at the closing date of applications.
3. Candidates should be below the age of 48 years as at the closing date of applications.
4. Candidates should have Passed the GCE (A/L) examination in Biology (Zoology & Botany) Chemistry and Physics at one sitting.
5. Candidate should have at least a pass (S) in English Language at the GCE (Ordinary Level) Examination.
6. Candidates should possess an appropriate mental and physical fitness to study in the selected course.
7. Candidate will be selected based on a test and a viva examination conducted by the Faculty of Allied Health Sciences, University of peradeniya

### 3. Application forms

The applications should be prepared as per the specimen form appended here and should be duly certified by the Head of Institution, in the case of Line Ministry Institutions, and by the Provincial Director of Health Service in the case of Provincial Institutions, and should be sent by registered post to reach the **Deputy Director General (Education Training & Research), "Suwasiripaya" No. 385, Ven. Baddegama Wimalawansa Thero Mawatha, Colombo 10,** on or before <sup>30<sup>th</sup></sup> June 2020, through the Head of the Institution / Provincial Director of Health Service. Applications which are incomplete or received after the closing date will be rejected. The words "Applications for enrolment of BSc Degree Programmes of **Faculty of Allied Health Sciences (FAHS) Peradeniya (Physiotherapy / Radiography)** should be legibly marked on the left upper corner of the envelop. (Highlight your relevant Degree Programmes)

### 4. Examination

The applicants will be required to face a selection test, which would include Theory & Viva components, conducted by the University of Peradeniya.

### 5. Service Agreement

Selected candidates will be granted 03 years paid leave. Candidate should sign a bond with Director General Health Services/ Provincial Director of Health Service agreeing to duly complete the course and to serve 10 years in the Ministry of Health (line ministry or provincial ministry) upon completion of the course. Value of the Bond shall be Rs.600,000/=

In the event of a selected candidate failing to complete the said degree programme or failing to fulfil the conditions laid down by the Ministry of Health/ Provincial Health Ministry pertaining to the bond and agreement, appropriate legal action will be taken against such candidates.

However, by virtue of this training the candidates have no right to demand for a higher post. In addition, absorbing the trainees who have completed the course in to a higher post in the department depends on the existing vacancies and solely on the discretion of the appointing authorities. .

6. Please ensure that the contents of this circular are brought to the notice of all eligible Physiotherapists and Radiographers in your institution / Province /RDHS area /campaign.

**Dr. S. H. Munasinghe**

Secretary

Ministry of Health & Indigenous Medical Services

"Suwasiripaya",

385, Rev. Baddegama Wimalawansa Thero Mawatha,  
Colombo 10, Sri Lanka.

Secretary

Cc;

1. Dean, Faculty of Allied Health Sciences, University of Peradeniya .
2. Deputy Director General (Admin) III (to prepare Bond/Agreement).
3. Director (Admin) II
4. Course Coordinator – BSc.( Physiotherapy / Radiography) Course, University of Peradeniya
5. Chief Legal Officer, Ministry of Health.

## Application For

**Enrolling Government Physiotherapists and Radiographers into the Regular Degree Program / conducted by Faculty of Allied Health Sciences, University of Peradeniya 2020.**

1. Name with initials (In block letters)


2. Full name of the applicant (In block letters)


3. Appointing Authority :- .....Designation :-.....

4. Date of first appointment as Physiotherapy / Radiography :- ..... Present Grade ....

5. Address I. Official: - .....

II. Private:- .....

III. Telephone:- Official .....(Private) ..... (Mobile).....

6. Personal Information

Date of Birth:- ..... NIC No:- .....

7. Age:- ..... (Y) ..... (M) ..... (D) (as at the .....<sup>th</sup> June 2020)

8. Sex :- Male / Female Marital Status:- .....

9. Educational Qualifications:

(I). G.C.E (Advanced Level) Examination Results: - Index No. .... Year:- .....

	Subject	Grade
a.	.....	.....
b.	.....	.....
c.	.....	.....
d.	.....	.....

(II). G.C.E (Ordinary Level) Examination Results: Index No. .... Year:- .....

e. Subject :- English Grade .....

10. Particulars of employment :-

I. Particulars of Present post held:

- i. Designation .....
- ii. Institution /Department .....
- iii. Date of Appointment to Present Institution:- .....
- iv. Whether permanent/pensionable/non-pensionable/temporary :\_ .....
- v. Whether confirmed in the service .....
- vi. If Yes Date ;\_ .....

II. Past employment records:-

Institution	Designation	From	To

III. Professional Qualifications/ Other Qualifications:-

Examination	Year	Institution	Pass/Grade

11. Have you ever been convicted in a court of Law for criminal offence? , , , , , , , , , , , . If so, furnish particulars of such conviction and penalty imposed? .....

12. Registration in the Sri Lanka Medical Council(SLMC) as a Physiotherapists/ Radiographer  
Reg. No. ....Date .....

13. Declaration by Applicant

I hereby certify that the particulars given by me in this application are true and accurate. If any information is found to be incomplete or incorrect, I am fully aware that my application will be rejected or if found later, my studentship will be discontinued and liable to recover the charges and other expenses whatsoever applicable according to the bond and agreement.

I am aware that by virtue of this training, I have no right to demand for a higher post. Although I have completed the course, I have no right to claim additional benefits from the department.

I am also aware that in case if I am selected for the above course I shall enter into an agreement and bond with the Director General of Health Services/ Provincial Director of Health Service as stipulated in the said advertisement.

.....  
Date

.....  
Signature of the Applicant

**Certificate of the Head of the Institution:-**

I certify that particulars given by Mr / Mrs / Miss .....  
(Designation) .....in sections 01 to 12 are correct and his/ her work and conduct  
is satisficing/ non satisficing. If selected, He/she could be released for 4 years to follow the  
Physiotherapy / Radiography course Conducted by Allied Health Sciences, University of Peradeniya .

.....  
**Date**

.....  
**Signature of Head of Institution (Rubber Stamp)**

---

**Certificate of the Regional Director of Health Services (for Provincial Applicants):-**

I certify that particulars given by Mr / Mrs / Miss .....  
(Designation) .....in sections 01 to 12 are correct and his/ her work and conduct  
is satisficing/ non satisficing. If selected, He/she could be released for 4 years to follow the  
Physiotherapy / Radiography course Conducted by Allied Health Sciences, University of Peradeniya

.....  
**Date**

.....  
**Signature of RDHS (Rubber Stamp)**

**Certificate of the Provincial Director of Health Service (for Provincial Applicants):-**

I certify that particulars given by Mr / Mrs / Miss .....  
(Designation) .....in sections 01 to 12 are correct and his/ her work and conduct  
is satisficing/ non satisficing. If selected, He/she could be released for 4 years to follow the  
Physiotherapy / Radiography course Conducted by Allied Health Sciences, University of Peradeniya.

.....  
**Date**

.....  
**Signature of PDHS (Rubber Stamp)**