

දුරකථන අංකය ) 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

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය  
 சுகாதார அமைச்சு  
 Ministry of Health

මගේ අංකය )  
 எனது இல )  
 My No. ) MH/AE8/PARA/SPHM/  
 2021/2

ඔබේ අංකය )  
 உமது இல )  
 Your No. : )

දිනය )  
 திகதி ) 2023.03. 28  
 Date )

පොදු චක්‍රලේඛ ලිපි අංක:- 02-95/2022

රේඛීය අමාත්‍යාංශය යටතට ගැනෙන සියලුම ආයතන ප්‍රධානීන්,

**පරිපාලන පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරීන් පුහුණුවට බඳවාගැනීම-2023**

රේඛීය අමාත්‍යාංශයට අයත් කළුතර, ජාතික සෞඛ්‍ය විද්‍යායතනයේ පවතින පරිපාලන පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරීන් තනතුරෙහි පුරප්පාඩු පිරවීම සඳහා සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය විසින් පරිපාලන පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරීන් තනතුරට අදාළ ත්‍රෛමාසික පුහුණු පාඨමාලාව කළුතර, ජාතික සෞඛ්‍ය විද්‍යායතනයේදී පැවැත්වීමට නියමිතව ඇත.


02. ඒ අනුව ඔබ ආයතනයේ/රෝහලේ සේවය කරන මෙම පුහුණුව සඳහා ඉල්ලුම් කරනු ලබන පහත සඳහන් සුදුසුකම් සම්පූර්ණ කර ඇති පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරීන්ගේ අයදුම්පත්‍ර ඇමුණුම I ආකෘතියට අනුව සකස් කර ආයතන ප්‍රධානියා මගින් යොමු කළ යුතුය. සම්පූර්ණ කරන ලද අයදුම්පත්‍ර අධ්‍යක්ෂ (පරිපාලන-ආයතනික) ශාඛාව, මෙඩිහවුස් ගොඩනැගිල්ල, 4 වන මහල-වම, නො.26, ශ්‍රී සංඝරාජ මාවත, කොළඹ -10 ලිපිනය වෙත **2023.05.12** වන දිනට පෙර ලැබීමට සලස්වන මෙන් කාරුණිකව දන්වමි.

**පුහුණුවට බඳවාගැනීමට අදාළ සුදුසුකම්:-**

- I. පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරීන් තනතුරෙහි ස්ථිර කරන ලද නිලධාරීන් විය යුතුය.
- II. පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරීන් තනතුරේ I ශ්‍රේණියට අයත් නිලධාරීන් විය යුතුය.
- III. අයදුම්පත් කැඳවන අවසාන දිනට පූර්වාසන්න වසර පහක(5) සතුටුදායක සේවා කාලයක් සම්පූර්ණ කර තිබීම.
- IV. අයදුම්පත් කැඳවීම අවසාන කරන දින සිට අවම වශයෙන් වසර 05 ක් සේවය කිරීමට හැකිවිය යුතුය.
- V. පුහුණුව සඳහා බඳවා ගැනීම් සිදුකරනුයේ අතුරු වෛද්‍ය සේවාවට අයත් පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරීන් තනතුරේ දැනටමත් සේවයේ නියුක්ත නිලධාරීන්ගේ අතුරින් බැවින්, උපරිම වයස් සීමාව අදාළ නොවේ.

**සැලකිය යුතුයි.**

දැනට පරිපාලන පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා පුහුණුව නොලබා එම තනතුරේ වැඩ බලන හෝ රාජකාරි ආවරණය කරන නිලධාරීන්ගේ එකී තනතුර ස්ථිරවම අපේක්ෂා කරන්නේනම් එම නිලධාරීන්ගේද පුහුණු පාඨමාලාව හැදෑරිය යුතුය.

  
 ජී.ජනක ශ්‍රී චන්ද්‍රශ්‍රේණි,  
 ලේකම්,  
 සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය.

**ඩී.ජනක ශ්‍රී චන්ද්‍රශ්‍රේණි**  
 ලේකම්  
 සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය  
 "සුවසිරිපාය"  
**385, පූජ්‍ය බද්දේගම විමලවංශ හිමි මාවත,**  
**කොළඹ 10.**

**පිටපත්-**

- |  |                              |
|--|------------------------------|
| 01. නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (අධ්‍යාපන, පුහුණු හා පර්යේෂණ) | - කා.දැ.ගැ.පිණිස හා අ.ක.සඳහා |
| 02. නියෝජ්‍ය අධ්‍යක්ෂ ජනරාල් (ම.සෞ.සේ) II                  | - කා.දැ.ගැ.සඳහා              |
| 03. අධ්‍යක්ෂ (පුහුණු)                                      | - කා.දැ.ගැ.පිණිස හා අ.ක.සඳහා |

ආදර්ශ අයදුම්පත

අතුරු වෛද්‍ය සේවාවට අයත් පරිපාලන පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරීන් පුහුණුවට බඳවා ගැනීම

1 කොටස : අදාළ නිලධාරීන් විසින් සම්පූර්ණ කළ යුතුය.

1. (අ) නිලධාරීන්ගේ මූලකුරු සමඟ නම :- .....

(ආ) සම්පූර්ණ නම :- .....

(ඇ) උපන්දිනය:-.....ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය :- .....

(ඈ) දුරකතන අංක :- ජංගම:- ..... ස්ථාවර :- .....

(ඉ) මුල් පත්වීමේ දිනය:- .....ස්ථීර පත්වීම් ලද දිනය:-.....

2. සේවා ස්ථානය:-.....

3. I ශ්‍රේණියට උසස් කරන ලද දිනය:- .....

4. අයදුම්පත් කැඳවන අවසාන දිනට පූර්වාසන්න වූ වසර පහ (05) ක සේවා කාලය තුළ, ලබාගෙන ඇති වැටුප් රහිත නිවාඩු පිළිබඳ විස්තර.

(අ) වැටුප් රහිත ප්‍රසූත නිවාඩු ලබා තිබේ නම් අදාළ කාලවකවානු

(ආ) වෙනත් වැටුප් රහිත නිවාඩු ලබා තිබේ නම් අදාළ කාලවකවානු හා හේතු,

5. (අ) අයදුම්පත් කැඳවන අවසාන දිනට පූර්වාසන්න වසර පහ (05) තුළ විනය පරීක්ෂණ හෝ විනය දඬුවම් කිසිවක් ලබා තිබේද? .....

(ආ) තිබේනම් ඒ පිළිබඳ විස්තර :- .....

6. පුහුණුවෙන් පසු පරිපාලන පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරීන් තනතුරට පත්වුවහොත් අවම වශයෙන් වසර 05 ක් එම තනතුරේ සේවය කිරීමට එකඟ වෙමි/නොවෙමි.

ඉහත සඳහන් විස්තර සත්‍ය හා නිවැරදි බවට සහතික කරමි. මෙහි සඳහන් විස්තර කිසිවක් අසත්‍ය බව හෝ වැරදි බව අදාළ තනතුරට තෝරා පත්කරගනු ලැබීමට පෙර සොයා ගතහොත් එයින් මා නුසුදුස්සෙකු වන බවත්, පත් කිරීමෙන් පසුව සොයා ගතහොත් කිසිදු වන්දියක් නොමැතිව සේවයෙන් පහකිරීමට යටත් වන බවත් දනිමි.

දිනය

අයදුම්කරුගේ අත්සන

**2. කොටස: ආසන්නතම අධීක්ෂණ නිලධාරියාගේ නිර්දේශය.**

මාගේ අධීක්ෂණය යටතේ පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරීන් තනතුරේ සේවය කරන .....  
..... මිය/මෙය අවශ්‍ය සුදුසුකම් සපුරා ඇති බැවින් පරිපාලන පවුල්  
සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරීන් පුහුණුව සඳහා නිර්දේශ කරමි.

.....  
දිනය  
විශේෂ ශ්‍රේණියේ නිලධාරියාගේ/ අංශ ප්‍රධානියාගේ  
නිල මුද්‍රාව හා අත්සන

**3. කොටස: විෂය භාර නිලධාරියා/නිලධාරීන් විසින් අදාළ නිලධාරීන්ගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව සම්පූර්ණ කළ යුතුය.**

අදාළ නිලධාරීන්ගේ පෞද්ගලික ලිපිගොනුව අනුව අයදුම්පතේ 1 සිට 5 දක්වා ඇති සියලු තොරතුරු නිවැරදි බව මෙයින් සහතික කරමි.

.....  
දිනය  
විෂය භාර නිලධාරියාගේ/නිලධාරීන්ගේ  
අත්සන

**4. කොටස: පරිපාලන නිලධාරියාගේ/නිලධාරීන්ගේ නිර්දේශය**

අදාළ නිලධාරීන්ගේ අයදුම්පතේ 1 සිට 5 දක්වා ඇති සියලු තොරතුරු නිවැරදි බව සහතික කරමි.  
අයදුම්පත්‍රය නිර්දේශ කරමි.

.....  
දිනය  
පරිපාලන නිලධාරියාගේ අත්සන  
හා නිල මුද්‍රාව

**5 කොටස: ආයතන ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය:-**

පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරීන් තනතුර දරන .....  
මිය/මෙය සම්බන්ධයෙන් ඉහත දක්වා ඇති සියලු තොරතුරු නිවැරදි බවත්, ඇය එම තනතුරේ I ශ්‍රේණියට  
.....දින උසස්වීම් ලබා ඇති බවත් සහතික කරමි. අතුරු වෛද්‍ය සේවාවේ පරිපාලන පවුල්  
සෞඛ්‍ය සේවා පුහුණුවට වන මෙම අයදුම්පත නිර්දේශ කරමි.

.....  
දිනය  
ආයතන ප්‍රධානියාගේ අත්සන හා නම සහිත  
නිල මුද්‍රාව

දුරකථන අංකය ) 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

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය  
சுகாதார அமைச்சு  
Ministry of Health

මගේ අංකය )  
எனது இல )  
My No. ) MH/AE/08/PARA/SPHM/2021/2

ඔබේ අංකය )  
உமது இல )  
Your No. : )

දිනය ) 2023.03. 28  
திகதி )  
Date )

பொது சுற்றறிக்கை கடித இலக்கம் : 02 - 95/2022

மத்திய அரரின் கீழ் நிருவகிக்கப்படுகின்ற சகல வைத்தியாலைகள் பணிப்பாளர்கள்/ நிறுவனத் தலைவர்கள்.

நிர்வாக தரத்தில் உள்ள பொது சுகாதார மருத்துவிச்சிகளுக்கான பயிற்சி - 2023

மேற்பார்வை பொது சுகாதார மருத்துவிச்சிகளுக்கான பதவி வெற்றிடங்களை நிரப்புவதற்காக, சுகாதார அமைச்சினால் கருத்துறையில் உள்ள தேசிய சுகாதார விஞ்ஞான கல்வி நிறுவனத்தில் மேற்பார்வை பொது சுகாதார மருத்துவிச்சிகள் பதவி தொடர்பான மூன்று மாத பயிற்சி வகுப்பு நடாத்துவதற்கு திட்டமிடப்பட்டுள்ளது.

02. பின்வரும் நிபந்தனைகளுக்கமைய பின்வரும் தகமைகளை பூர்த்தி செய்துள்ள பொது சுகாதார மருத்துவிச்சிகளின் பெயர்கள் அடங்கிய படியல் ஒன்றை இணைப்பு I படிவத்தின் படி தயாரிக்கப்பட்டு விண்ணப்பங்கள் நிறுவனத் தலைவரின் ஊடாக சமர்ப்பித்தல் வேண்டும். பூர்த்தி செய்யப்பட்ட விண்ணப்பங்கள் 2023.03.28 ஆம் திகதிக்கு முன்னர் பணிப்பாளர் (நிர்வாகம் நிறுவனம்), சுகாதார அமைச்சு, துணை அலுவலகம் (மெடிஹவுஸ் கட்டிடம்), 4ம் மாடி, இல.26, ஸ்ரீ சங்கராஜ மாவத்தை, கொழும்பு - 10 எனும் முகவரிக்கு அனுப்பி வைக்கும் படி உங்களுக்கு அறிவிக்கப்படுகின்றது.

பயிற்சி நெறிக்கு ஆட்சேர்ப்பு செய்வதற்கான தமைமைகள் :

- பொது சுகாதார மருத்துவிச்சி பதவியில் நிரந்தரமாக்கப்பட்டிருத்தல் வேண்டும்.
- தரம் I பொது சுகாதார மருத்துவிச்சியாக இருத்தல் வேண்டும்.
- விண்ணப்பத்தின் இறுதி திகதிக்கு முன்னராக கிட்டிய ஐந்து (05) வருடத்திற்குள் திருப்திகரமான சேவைக்காலத்தைக் பூர்த்திசெய்திருத்தல் வேண்டும்.
- விண்ணப்பித்த இறுதி திகதியில் இருந்து ஆகக்குறைந்தது 05 வருடங்கள் சேவையாற்ற கூடியவராக இருந்தல் வேண்டும்.
- பயிற்சியின் பொருட்டு ஆட்சேர்ப்பு செயற்பாடுகள், துணை மருத்துவ சேவைக்குரிய பொது சுகாதார மருத்துவிச்சிகள் பதவியில் ஏற்கனவே பணியாற்றும் அலுவலர்களுக்கிடையே மேற்கொள்ளப்படுவதால், ஆகக்கூடிய வயதெல்லை ஏற்புடையதாகாது.

கவனத்தில் கொள்ளப்பட வேண்டும் :

தற்போது, மேற்பார்வை பொது சுகாதார மருத்துவிச்சி சேவைக்கான பயிற்சினைப் பெறாமல் அந்தப் பதவியை வகிக்கின்ற அல்லது அப்பதவிக்குரிய கடமைகளை மேற்கொள்கின்ற (Covering) அலுவலர்கள் அந்த பதவியை நிரந்தரமாக வகிப்பதற்கு விரும்பினால், அத்தகைய அலுவலர்களும் குறித்த பயிற்சி நெறியை தொடருதல் வேண்டும்.



எஸ். ஜனக்க ஸ்ரீ சந்திரகுப்த 385, Rev. Baddegama Wimalawansa Thero Mawatha,  
செயலாளர்,  
சுகாதார அமைச்சு.

S. Janaka Sri Chandraguptha  
Secretary  
Ministry of Health  
"Suwasiripaya"  
385, Rev. Baddegama Wimalawansa Thero Mawatha,  
Colombo 10.

பிரதிகள் :

01. பிரதி பணிப்பாளர் நாயகம் (கல்வி, பயிற்சி மற்றும் ஆராய்ச்சி) – தே.நடவடிக்கைகாகவும்,  
தகவலுக்காகவும்
02. பிரதி பணிப்பாளர் நாயகம் (பொது சுகாதார சேவைகள்) II – தகவலுக்காக
03. பணிப்பாளர் (பயிற்சி) – தே.நடவடிக்கைகாகவும்,  
தகவலுக்காகவும்

மாதிரி விண்ணப்பப்படிவம்

துணை மருத்துவ சேவைக்குரிய நிர்வாக தரத்தில் உள்ள பொது சுகாதார மருத்துவிச்சிகளுக்கான பயிற்சி நெறிக்கு ஆட்சேர்ப்பு செய்தல்.

1ம் பகுதி : உரிய உத்தியோகத்தரினால் பூரணப்படுத்தப்படல் வேண்டும்.

1. (அ). உத்தியோகத்தரின் முதல் எழுத்துக்களுடன் பெயர் :- .....

(ஆ). முழுப் பெயர் : .....

(இ). பிறந்த திகதி : ..... தேசிய அடையாள அட்டை இலக்கம் : .....

(ஈ). தொலைபேசி இலக்கம் (கைத்தொலைபேசி)..... வீட்டு தொலைபேசி :- .....

(உ). நியமனத் திகதி : .....

நியமனம் நிரந்தரமாக்கப்பட்ட திகதி : .....

2. சேவையாற்றும் நிறுவனம் : .....

3. I ம் தரத்திற்கு பதவியுயர்ந்த திகதி: .....

4. விண்ணப்பத்தின் இறுதித் திகதிக்கு முன் உத்தியோகத்தர் 05 வருட சேவைக்காலத்தில் பெற்றுள்ள சம்பளமற்ற விடுமுறை தொடர்பான விபரங்கள் :

(அ) சம்பளமற்ற மகப்பேற்று விடுமுறை பெற்றிருப்பின் அதற்குரிய கால எல்லை :-

.....  
.....

(ஆ) மகப்பேற்று விடுமுறை தவிர்ந்த வேறு சம்பளமற்ற விடுமுறை பெற்றிருப்பின் அதற்குரிய கால எல்லை மற்றும் காரணம் :

.....  
.....

5. (அ) விண்ணப்பங்கள் கோரப்பட்ட இறுதித் திகதிக்கு உடன் முன்னதாக கிட்டிய ஐந்து (05) வருட சேவைக் காலத்தினுள் ஒழுக்காற்று விசாரணைகள் மற்றும் ஒழுக்காற்றுத் தண்டனைகள் ஏதும் பெற்றுள்ளீரா :

.....

(ஆ) அவ்வாறு பெற்றிருப்பின், அது பற்றிய விபரம் : .....

.....

6. பயிற்சியின் பின்னர், மேற்பார்வைதர பொது சுகாதார மருத்துவிச்சி பதவிக்கு நியமிக்கப்பட்டால், ஆகக்குறைந்தது 05 வருடங்கள் அப் பதவியில் பணியாற்றுவதற்கு உடன்படுகின்றேன்/ உடன்படவில்லை.

மேற்படி விபரங்கள் யாவும் உண்மையானவை எனவும், சரியானவை எனவும் உறுதி மொழிகிறேன். இதில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள எந்தவொரு தகவலும் உண்மையற்றவை அல்லது பிழையானவை என கண்டுபிடிக்கப்பட்டால் தெரிவு செய்யப்படுவதற்கு முன்னராயின் நான் தகுதியற்றவர் எனவும், தெரிவு செய்யப்பட்டதன் பின்னராயின் எதுவித நட்புடும் இன்றி சேவையிலிருந்து நீக்கப்படுவேன் என்பதை நான் நன்கறிவேன்.

.....

.....

திகதி

விண்ணப்பதாரியின் கையொப்பம்

2 வது பகுதி : நேரடி கிட்டிய மேற்பார்வை உத்தியோகத்தரின் பரிந்துரை:

எனது மேற்பார்வையின் கீழ் பொது சுகாதார மருத்துவிச்சி (PHM) பதவியில் சேவையாற்றும் திரு./திருமதி./செல்வி.  
..... தேவையான தகைமைகளைப் பூர்த்தி செய்திருப்பதால் மேற்பார்வை பொது சுகாதார  
மருத்துவச்சி பதவிக்கான பயிற்சனைப் பெறுவதற்காக பரிந்துரை செய்கின்றேன்.

.....  
திகதி

.....  
விஷேட தர உத்தியோகத்தரின்/பிரிவு தலைவரின்  
கையொப்பம் மற்றும் பதவி முத்திரை

3 வது பகுதி :

விடயப்பொறுப்பு உத்தியோகத்தரினால் உரிய உத்தியோகத்தரின் சுயவிபரக்கோவையின் பிரகாரம் பூரணப்படுத்தப்படல்  
வேண்டும்.

சம்பந்தப்பட்ட உத்தியோகத்தரின் விண்ணப்பத்தில் அவரது சுயவிபரக்கோவையின் பிரகாரம் 1 தொடக்கம் 5 வரையான  
சகல விபரங்களும் சம்பந்தப்பட்ட உத்தியோகத்தரின் சுய விபரக் கோவையின் பிரகாரம் சரியானவை என  
உறுதிப்படுத்துகின்றேன்.

.....  
திகதி

.....  
விடயப் பொறுப்பு உத்தியோகத்தரின் கையொப்பம்

4 ம் பகுதி : நிர்வாக உத்தியோகத்தரின் பரிந்துரை :

சம்பந்தப்பட்ட உத்தியோகத்தரின் விண்ணப்பத்தில் 1 தொடக்கம் 5 வரையான சகல விபரங்களும் சரியானவை என  
உறுதிப்படுத்துகின்றேன். விண்ணப்பத்தை பரிந்துரை செய்கின்றேன்.

.....  
திகதி

.....  
நிர்வாக உத்தியோகத்தரின் கையொப்பம் மற்றும்  
பதவி முத்திரை

5 ம் பகுதி : நிறுவனத் தலைவரின் பரிந்துரை :

பொது சுகாதார மருத்துவிச்சிகள் (PHM) பதவியில் சேவையாற்றும் திரு/ திருமதி/  
செல்வி..... தொடர்பாக மேலே குறிப்பிடப்பட்டுள்ள சகல விபரங்களும் சரியானவை எனவும்,  
அவர் பொது சுகாதார மருத்துவிச்சி (PHM) பதவியின் I ம் தரத்திற்கு .....திகதியிலிருந்து  
பதவியுயர்வு பெற்றார் எனவும், துணை மருத்துவ சேவைக்குரிய மேற்பார்வை பொது சுகாதார மருத்துவச்சி  
சேவைக்கான பயிற்சனைப் பெறுவதற்காக சமர்ப்பிக்கப்பட்ட இந்த விண்ணப்பத்தை பரிந்துரைசெய்கின்றேன்.

.....  
திகதி

.....  
தாபன தலைவரின் கையொப்பம் மற்றும்  
பதவி முத்திரை

දුරකථන අංකය ) 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

සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය  
சுகாதார் அமைச்சு  
Ministry of Health

මගේ අංකය )  
எனது இல )  
My No. )MH/AE8/PARA/SPHM/2021/2

ඔබේ අංකය )  
உமது இல )  
Your No. : )

දිනය )  
திகதி )2023.03. 28  
Date )

General Circular Letter No:-02-95/2022

Heads of Institutions under the Line Ministry,

**Training of Supervisory Public Health Midwives-2023**

The Three Months training course related to the post of Supervisory Public Health Midwives is scheduled to be conducted by the Ministry of Health at the National Institution of Health Science, Kalutara, to fill the vacancies in the Supervisory Public Health Midwives positions.

02. Accordingly, the application form of the Public Health Midwives applied for this training, who is working in your Institution/Hospital who have satisfied the following qualifications should be prepared according to the Annex I and forwarded by the Head of the Institution. The completed application should be sent by registered post to the Director (Administration & Establishment), 4th floor-left Side, Sub office of the Ministry of Health, No-26, Medihouse Building, Sri Sangaraja Mawatha, Colombo-08 to reach on or before **12.05.2023**.

**Qualifications for recruitment to training:-**

- I. Should be a permanent officer in the Post of Public Health Midwife.
- II. Should be an officer belonging to Grade I of Public Health Midwife Post.
- III. Successfully Complete five (5) years of satisfactory service prior to the last date of application.
- IV. Should be able to serve for at least 05 years from the last date of application.
- V. As the recruitment for the training is done among the officers who are already employed in the post of Public Health Midwives under the Para Medical Service, the Maximum age limit is not applicable.

**Should be considered**

Currently, the officers who are working in that position or covering the duties without receiving Supervisory Public Health midwives training, if they aspire for that position permanently, those officers should also take the training course.

**S. Janaka Sri Chandraguptha**

Secretary  
Ministry of Health  
"Suwasiripaya"

S. Janaka Sri Chandraguptha, 385, Rev. Baddegama Wimalawansa Thero Mawatha,  
Secretary, Colombo 10.  
Ministry of Health.

**Copies-**

01. Deputy Director General (Education, Training & Research) - For necessary action.
02. Deputy Director General (Public Health Services) II - For information.
03. Director (Training) - For necessary action.



**Specimen Form of Application**  
**Training for the Supervisory Public Health Midwives of the Paramedical Service**

**Part-01: To be filled by the relevant officer herself**

1. (a) Name with Initials: .....
- (b) Name in Full: .....
- (c) Date of birth:-.....National Identity Card No.: .....
- (d) TP Number: (mobile)-..... Residence:-.....
- (e) Date of Appointment:-.....  
Date on which Confirmed for the post:-.....
2. Place of Work:-.....
3. Date of Promotion in to Grade I: .....
4. Particulars of no-pay leave obtained by the officer during the service period of 05 years immediately prior to the closing date of application.
  - (a) If officer has obtained maternity leave on no-pay, relevant periods :-  
.....  
.....
  - (b) If officer has obtained other no-pay leave, relevant periods and reasons :-  
.....  
.....
5. (a) Have you been subject to any disciplinary inquiry or disciplinary punishment during the service period of 05 years immediately prior to the closing date of application: .....
- (b). Particulars, if any: -  
.....
6. After training, I agree/not agree to serve in that position for at least 05 years if appointed as Supervisory Public Health Midwives.

I certify that above particulars are true and correct. I know that I will be disqualified, if it is found before the selection that particulars mentioned herein are false or incorrect, and I will be subject to dismiss from the service without any compensation, if it is found after granting the appointment.

.....  
Date

.....  
Signature of the Applicant

**Part-02: Recommendation of the immediate Supervisory Officer: -**

If Mrs./Ms. ....who is serving in the post of Public Health Midwives under my supervision, has completed the required qualifications, I recommend for Training of Supervisory Public Health Midwives.

.....

.....

Date

Signature and Official Stamp of the Officer in  
Special Grade / Head of the Branch

**Part-03: To be filled by the officer-in charge of the subject according to the personal file of the officer concerned.**

I hereby certify that all the particulars furnished from 01-05 in the application are correct according to the personal file of the officer concerned.

.....

.....

Date

Signature of the officer-in charge of the subject

**Part-04: Recommendation of the Administrative Officer**

I certify that all the particulars furnished from 01-05 in the application of the officer concerned are correct.

.....

.....

Date

Signature of the Administrative Officer

**Part-05: Recommendation of the Head of Institution**

I certify that all information furnished above of Mrs./Ms.....who is holding the post of Public Health Midwives, is correct, she has been promoted to Grade I / in the post of Public Health Midwives from the date of ....., and has completed a continuous and satisfactory service period of 05 years as at closing date of the application. I recommend this application submitted for Training of Supervisory Public Health Midwives under the Para Medical Service.

.....

.....

Date

Signature and Official Stamp with name  
of the Head of Institution