

කාර්යාලීය ප්‍රයෝජනය

සඳහා

සබරගමුව පළාත් අධ්‍යාපන අමාත්‍යාංශය යටතේ ඇති ආයතනවල ප්‍රාථමික ශිල්පීය නොවන කාර්ය මණ්ඩලයේ
වාර්ෂික ස්ථාන මාරු අයදුම්පත

තනතුර හා

පන්තිය

1. පෞද්ගලික තොරතුරු

1.1 සම්පූර්ණ නම:.....

1.2. මූලකුරු සමඟ නම:.....

1.3. උපන් දිනය:.....

1.4. 2026.12.31 දිනට වයස:.....

1.5. ජාතික හැඳුනුම්පත් අංකය:.....

1.6. ස්ත්‍රී/පුරුෂ භාවය:.....

1.7.1. ස්ථීර පදිංචි ලිපිනය:.....

1.7.1 තාවකාලික ලිපිනය:..... (දැනට සේවයට වාර්තා කිරීම සඳහා
තාවකාලිකව පදිංචිව සිටි නම් පමණක්)

1.8. දුරකථන අංකය:.....

1.9. ඔබ බරපතල රෝගී තත්ත්වයකින් හෝ ආබාධයකින් පෙළෙන්නම් ඒ පිළිබඳ
විස්තර:.....

(විශේෂඥ වෛද්‍ය සහතිකයකින් සනාථ කළ යුතුය) :.....

1.10. විවාහක/අවිවාහක:.....

1.10.1. කලත්‍රයා ජීවත්ව ඇත්තේ සිටීද? :.....

1.10.2. කලත්‍රයාගේ නම:.....

1.10.3. කලත්‍රයාගේ රැකියාව:.....

1.10.4.කලත්‍රයාගේ සේවා ස්ථානය:.....

1.10.5.කලත්‍රයාගේ සෞඛ්‍ය තත්ත්වය:.....

(ආබාධිත හෝ බරපතල රෝගී තත්ත්වයකින් පෙළේ නම් වෛද්‍ය සහතිකයකින් සනාථ කළ යුතුයි.

ක්‍රියාත්මකයේ යෙදී සිට ආබාධිත නම් විශේෂයෙන් සඳහන් කරන්න)

1.11.දරුවන්ගේ සෞඛ්‍ය තත්ත්වය:.....

(ආබාධිත හෝ බරපතල රෝගී තත්ත්වයකින් පෙළේ නම් වෛද්‍ය සහතිකයකින් සනාථ කළ යුතුයි.)

1.11.1දරුවන් පිළිබඳ විස්තර

	දරුවන්ගේ නම්	වයස	ඉගෙනුම් ලබන පාසැල්
01			
02			
03			
04			

2. සේවා තොරතුරු

2.1.මුල් පත්වීම් දිනය:.....

2.2.තනතුර හා ශ්‍රේණිය :.....

2.3.වර්තමාන සේවා ස්ථානය හා ලිපිනය:.....

2.4 වර්තමාන සේවා ස්ථානයට පැමිණි දිනය:.....

2.5.වර්තමාන සේවා ස්ථානයේ සේවා කාලය:

අවු: මාස: දින:

2.6.පදිංචි ස්ථානයේ සිට සේවා ස්ථානයට ඇති දුර(KM):

2.7.වර්තමාන සේවා ස්ථානයේදී ලබාගත් ප්‍රසූත නිවාඩු:

අවු: මාස: දින:

3. පූර්ව සේවා ස්ථාන(මුල් පත්වීම් දින සිට)

	සේවා ස්ථානය	ස්ථීර පදිංචි ලිපිනයේ සිට සේවා ස්ථානයට ඇති දුර	තනතුර	සේවා කාලය	දක්වා	ස්ථාන මාරුවීමට හේතු
				සිට		
01						
02						
03						
04						
05						
06						

4. ඔබ ස්ථාන මාරුවක් අපේක්ෂා කරන්නේද :.....

4.1.ස්ථාන මාරු ඉල්ලීමට හේතු :.....

5. ස්ථාන මාරු ඉල්ලුම් කරන සේවා ස්ථාන

- ❖ සෑම අනධ්‍යයන සේවකයෙකුම ප්‍රමුඛතා පිළිවෙල අනුව සේවා ස්ථාන 05 ක් අනිවාර්යයෙන්ම නම් කළ යුතුය.
- ❖ ඉල්ලුම්කරු හා කලත්‍රයා යන දෙදෙනාම රජයේ සේවකයන් නම් එකම සේවා ස්ථානවලට ස්ථාන මාරු ඉදිරිපත් නොකළ යුතුය.

	ඉල්ලුම් කරන සේවා ස්ථාන	ස්ථිර පදිංචි ලිපිනයේ සිට සේවා ස්ථානයට ඇති දුර	සේවා ස්ථානය පිහිටි ලිපිනය
01			
02			
03			
04			
05			

මාගේ ස්ථාන මාරු ඉල්ලීම සඳහා තීරණය ලබා දීමේදී වාර්ෂික ස්ථාන මාරු පරිපාටියේ සඳහන් කොන්දේසිවලට යටත් විය යුතු බව දන්නා බවත්, ඉහත සඳහන් සියලු තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට සහතික කරමි.

දිනය:

අයදුම්කරුගේ අත්සන:

6. විදුහල්පතිගේ නිර්දේශය:

ඉහත සඳහන් සියලු තොරතුරු සත්‍ය හා නිවැරදි බවට සහතික කරමි/අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/ රහිතව/ පසුව ලබාදීමේ පදනම මත නිර්දේශ කරමි.

දිනය.....

අත්සන හා නිලමුද්‍රාව.....

7. කලාප අධ්‍යාපන අධ්‍යක්ෂගේ නිර්දේශය:-

අංක 01-03 දක්වා සම්පූර්ණ කර ඇති තොරතුරු ඔහුගේ/ඇයගේ පෞද්ගලික ලිපි ගොනුව අනුව නිවැරදි බවට තහවුරු කරන අතර අනධ්‍යයන සේවකයාගේ ස්ථාන මාරු ඉල්ලීම අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව/රහිතව/පසුව ලබා දීමේ පදනම මත නිර්දේශ කරමි.

අනුප්‍රාප්තිකයෙකු සහිතව වුවද මුදාහැරිය නොහැකි නම් එයට හේතු පැහැදිලිව සඳහන් කරන්න.

.....

.....

.....

දිනය:

අත්සන හා නිල මුද්‍රාව: