மாதிரி விண்ணப்பப் படிவம்

மருத்துவத் துறைக்கான துணை தொழில்கள் சேவைகளில் கதிரியக்க நிபுணர் பதவிக்கான மாற்றுப் பணியிடம் மற்றும் ஒருங்கிணைப்பு பட்டதாரிகள் பணிக்கு பட்டதாரிகள் ஆட்சேர்ப்பு - 2026

(விண்ணப்பப் படிவத்தைப் பூர்த்தி செய்வதற்கு முன் அரசாங்க சுற்றுநிரூபத்தை கவனமாகப் படிக்கவும்)

1. (அ) முதலெழுத்துக்களுடன் பெயர் :.....
(ஆங்கிலத்தில் பெரிய எழுத்துக்களில்) உதா. A. B. C. SILVA

(ஆ) முழுப் பெயர் (ஆங்கிலத்தில் பெரிய எழுத்துக்களில்) :- .....

(இ) முழுப் பெயர் (சிங்களம் / தமிழில்) : .....

2. தேசிய அடையாள அட்டை எண் : ..... (நகலை இணைக்கவும்)

3. அஞ்சல் முகவரி : சிங்களம் / தமிழில் ஆங்கிலத்தில்

4 (அ) நிரந்தர முகவரி : சிங்களம்/தமிழில் /ஆங்கிலத்தில்

.....
.....
.....

(ஆ) தொலைபேசி எண் : கைத்தொலைபேசி | | | | | | | | | | |

நிலையானது | | | | | | | | | | |

(இ) வசிக்கும் மாவட்டம் : சிங்களம் / தமிழில் ..... ஆங்கிலத்தில் .....

(ஈ) நீங்கள் இந்த மாவட்டத்தின் நிரந்தர குடியிருப்பாளரா? ஆம் / இல்லை :- .....

(உ) ஆம் எனில், எவ்வளவு காலமாக? : .....

5. பிறந்த திகதி : ஆண்டு .....மாதம் ..... திகதி.....

2026.11.15 திகதியன்று வயது: ஆண்டுகள் ..... மாதங்கள் ..... திகதிகள் .....

6. பாலினம் : ஆண் ☐ பெண் ☐ (பொருத்தமான பெட்டியில் ✓ குறியிடவும்)

7. நீங்கள் இலங்கையின் குடிமகனா : ஆம் ☐ இல்லை ☐ (பொருத்தமான பெட்டியில் ✓ குறியிடவும்)

8. திருமண நிலை : திருமணமானவரா ☐ திருமணமாகாதவரா ☐ (பொருத்தமான பெட்டியில் ✓ குறியிடவும்)

9. கல்வித் தகுதி :

தொடர் எண்	*தேர்ச்சி பெற்ற பட்டம்*	*தரப்புள்ளி*	*சராசரி (GPA) மற்றும் பட்டம் பெற்ற திகதி*	*பல்கலைக்கழகம்*	*கல்வி ஆண்டு*

10. இலங்கை மருத்துவ மன்ற (SLMC) பதிவு எண் மற்றும் திகதி :-.....

11. எழுத்துத் தேர்வு நடத்தப்பட்டால், நீங்கள் எந்த மொழி வழியில் தோன்ற விரும்புகிறீர்கள் :-.....

12. எப்போதாவது ஏதேனும் குற்றத்திற்காக நீதிமன்றத்தால் தண்டிக்கப்பட்டீர்கள்? ஆம் இல்லை (பொருத்தமான பெட்டியில் குறியிடவும்.)

"ஆம்" எனில், விவரங்களை வழங்கவும்:- .....

13. விண்ணப்பதாரரின் உறுதிமொழி:-

(அ) நான் அரசாங்க சுற்றுநிரூப அறிவிப்பைப் படித்துப் புரிந்துகொண்டேன் என்றும், அதில் கூறப்பட்டுள்ள அனைத்து நிபந்தனைகளுக்கும் உட்பட்டு இந்த விண்ணப்பத்தைப் பூர்த்தி செய்துள்ளேன் என்றும், இந்த விண்ணப்பத்தில் என்னால் வழங்கப்பட்ட தகவல்கள் எனது அறிவுக்கு எட்டியவரை உண்மையானவை மற்றும் சரியானவை என்றும் உறுதியாக அறிவிக்கிறேன்.

(ஆ) என்னால் கூறப்பட்ட ஏதேனும் கூற்றுகளோ அல்லது விண்ணப்பத்தில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள ஏதேனும் தகவல்களோ பொய்யானவை எனக் கண்டறியப்பட்டால், நான் பணியிலிருந்து நீக்கப்படுவதற்கு உட்படுவேன் என்பதையும் நான் புரிந்துகொள்கிறேன்.

தயவு செய்து உரிய தொகையை, இலங்கை வங்கி, தப்ரபேன் கிளையில் உள்ள சுகாதாரச் செயலாளர் தேர்வுக் கட்டண வசூல் கணக்கு எண் 7041318 இல் செலுத்தி, ரசீதின் நகல் கீழே விழுந்துவிடாமல் இருக்க இந்த இடத்தில் இணைக்கவும்.

……..... .....

திகதி விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பம்

14. விண்ணப்பதாரரின் கையொப்பத்திற்கான சான்றளிப்பு:-

இந்த விண்ணப்பம் சமர்ப்பிக்கப்படும் திரு./திருமதி/செல்வி..... எனக்கு தனிப்பட்ட முறையில் தெரிந்தவர் என்றும், அவர்..... தேதியில் என் முன்னிலையில் தனது கையொப்பத்தை இட்டார் என்றும் இதன்மூலம் சான்றளிக்கிறேன்.

....திகதிசான்றளிப்பவரின் கையொப்பம்

சான்றளிப்பவரின் அதிகாரபூர்வ முத்திரை

சான்றளிக்கும் அதிகாரியின் முழுப் பெயர்: .....

பதவி: .....

முகவரி: .....

15. விண்ணப்பதாரர் ஒரு அரசு ஊழியர் / மாகாண அரசு ஊழியராக இருந்தால், திணைக்களத் தலைவரின் சான்றிதழ் (பொருந்தாத சொற்களை அடித்துவிடவும்.)

i. மேற்கண்ட விண்ணப்பதாரர், திரு. /திருமதி /செல்வி. ....., இந்தத் துறையில் .... பதவியை வகிக்கிறார் என்று இதன்மூலம் சான்றளிக்கிறேன்.

ii. விண்ணப்பப் படிவத்தில் கொடுக்கப்பட்டுள்ள தகவல்கள் உண்மையானவை மற்றும் சரியானவை என்றும், அவர் ஃஅவள் பதவிக்குத் தேர்ந்தெடுக்கப்பட்டால், அவர் ஃஅவள் வகிக்கும் பதவியிலிருந்து விடுவிக்கப்படலாம் அல்லது விடுவிக்கப்படாமலும் இருக்கலாம் என்றும் சான்றளிக்கிறேன்.

iii. மேலும், இந்த ஆட்சேர்ப்பு ஒரு வெளி ஆட்சேர்ப்பு என்பதையும், அவர் சம்பந்தப்பட்ட பயிற்சியை வெற்றிகரமாக முடித்தாலும் முடிக்காவிட்டாலும், எந்த வகையிலும் தற்போதைய பதவிக்குத் திரும்ப முடியாது என்பதையும் நான் அவருக்குப் புரிய வைத்துள்ளேன்.

....

திகதி திணைக்களத் தலைவரின் கையொப்பம்

திணைக்களத்; தலைவரின் பெயர் : .....

பதவி : .....

முகவரி : .....

திணைக்களத் தலைவரின் அதிகாரப்பூர்வ முத்திரை