

(සෑම මසකම 01 දිනට පෙර පිටපත් 03 කින් ඉදිරිපත් කළ යුතුය.)

අතිකාල ඉල්ලුම් පත්‍රය මාසය

1. 1.1 අයදුම්කරුගේ නම :-
1.2 තනතුර :-
1.3 සේවා ස්ථානය :-
1.4 මාසික වැටුප :- වැටුපට හිමි අතිකාල රේඛා ගණන :-
1.5 අතිකාල රාජකාරි කිරීමට අපේක්ෂිත පැය ගණන :- පැය :-
1.6 නිලධාරියාට පැවරී ඇති රාජකාරි ස්වභාවය :-
.....
1.7 අතිකාල මත ඉටුකිරීමට ඇති රාජකාරි ස්වභාවය :-
.....

.....
දිනය

.....
අතිකාල ඉල්ලුම්කරන නිලධාරියාගේ අත්සන

2. සේවා ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය :-

- 2.1 ඉහත සඳහන් රාජකාරි කාලය තුළ පමණක් ඉටු කිරීමට හැකිය/නොහැකිය.
2.2 ඉහත සඳහන් රාජකාරි මෙම මාසයට අදාළ විශේෂ රාජකාරි වේ/නොවේ.
2.3 ඉහත සඳහන් 2.1/2.2 කරුණු සලකා බලා පැය දින නිර්දේශ කරමි.
අතිකාල මත හදිසි හා අත්‍යාවශ්‍ය රාජකාරි නිමකර ගැනීමට එකඟ වෙමි.

.....
දිනය

.....
අංශ ප්‍රධානි

3. ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂගේ නිර්දේශය :-

පැය ක් දීම නිර්දේශ කරමි. ප්‍රතිපාදන ඇත/නැත. අතිකාල මත මොහු/මැය ඉටු කරනු ලබන රාජකාරි පිළිබඳ වාර්තාවක් ලබා ගැනීමට කටයුතු කරමි.

.....
දිනය

.....
ප්‍රාදේශීය සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ
මහනුවර.

4. දෙපාර්තමේන්තු ප්‍රධානියාගේ නිර්දේශය :-

පැය ක් දීම නිර්දේශ කරමි. අතිකාල මත මොහු/මැය ඉටු කරනු ලබන රාජකාරි පිළිබඳ වාර්තාවක් ලබා ගැනීමට කටයුතු කරමි.

.....
දිනය

.....
පළාත් සෞඛ්‍ය සේවා අධ්‍යක්ෂ
මධ්‍යම පළාත.

5. අමාත්‍යාංශ ලේකම්ගේ අනුමැතිය :-

..... මාසය සඳහා පැය..... අනුමත
කරමි/නොකරමි

.....
දිනය

.....
ලේකම්,
මධ්‍යම පළාත් සෞඛ්‍ය අමාත්‍යාංශය