

කොමසාරිස්: }
அணையாளர்: } 011-2820795
Commissioner: }

ෆැක්ස් }
பெக்ங் } 011-2820795
:Fax: }



මගේ අංකය : }
எனது இல: } 2020.08.2
My No } 2020.08.2

ඔබේ අංකය : }
உமது இல }
Your No : }

විද්‍යුත් තැපෑල : }
FF மேல்: } ayurwp@sltnet.lk
E mail: }

කාර්යාලය : }
காரியாலயம்: } 011-2820792
Office: }

ආයුර්වේද දෙපාර්තමේන්තුව

බස්නාහිර පළාත

ஆயுர்வேதத் திணைக்களம்
மேல் மாகாணம்

DEPARTMENT OF AYURVEDA
Western province

දිනය : }
திகதி: } 2020.08.2
Date: }

අංක 18, නාවල පාර, නුගේගොඩ. No. 18, Nawala Road, Nugegoda.

අභ්‍යන්තර චක්‍රලේඛ 2020/05

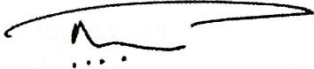
බස්නාහිර පළාත් ආයුර්වේද දෙපාර්තමේන්තුවේ සියලුම ආයතන ප්‍රධානීන් වෙත,

රාජකාරි හැඳුනුම්පත් සකස් කිරීම සම්බන්ධවයි.

ආයුර්වේද දෙපාර්තමේන්තුවෙහි සේවයේ නියුතු සියළුම නිලධාරීන් සඳහා 2020.09.01 දින සිට රාජකාරි හැඳුනුම්පත් ලබා ගැනීමේදී මේ සමඟ අමුණා ඇති ආකෘතිය ප්‍රකාරව සම්පූර්ණ කරන ලද අයදුම්පත් ඉදිරිපත් කිරීමට කටයුතු කරන ලෙස දන්වමි.

02. මුල් රාජකාරි හැඳුනුම්පත පමණක් කාර්යාලය මගින් ලබා දෙන අතර එසේ ලබා දෙන ලද රාජකාරි හැඳුනුම්පත අස්ථානගත වුවහොත් හෝ වෙනත් හේතුවක් නිසා නැවත රාජකාරි හැඳුනුම්පත සකස් කිරීම සඳහා පොලීස් වාර්තාව සමඟ ඔබගේ නිර්දේශය සහිතව නිලධාරියාගේ ඉල්ලීම ඉදිරිපත් කළ යුතු වේ. තවද නැවත රාජකාරි හැඳුනුම්පතක් සකස් කිරීම සඳහා වන වියදම නිලධාරියා විසින් දැරිය යුතුය.

03. මේ සම්බන්ධයෙන් සියළුම නිලධාරීන් දැනුවත් කිරීමට කටයුතු කරන ලෙස දන්වමි.

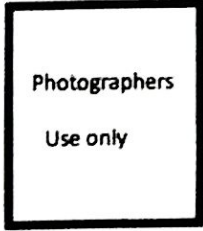

වෛද්‍ය ජී.එම්.මාලා පෙරේරා,
පළාත් ආයුර්වේද කොමසාරිස්

014

පරිපාලන නිලධාරී :
நிர்வாக உதவியோகத்தர் : 011-2820796
Administrative officer:

ගණකාධිකාරී :
கணக்காளர் : 011-2820797
Accountant:

DATA ACQUISITION FORM
Department Of Ayurveda (W.P.)



(Office Use Only)

Employee No

Please use a BLACK/BLUE PEN and write in BLOCK LETTERS. Please note that we will not be responsible for spelling mistake from your end.

NAME WITH INITIALS

FULL NAME

PRIVATE ADDRESS

DESIGNATION

NIC NO

.....
 Commissioner's Signature

.....
 Holder's Signature

Corrections of Cards to be brought to our notice within a period of one week from the date of delivery.