

20.....මස.....දින සිට 20.....මස.....දින දක්වා

1	2	3			4	5		6
සතිය	දිනය	දිනය			නිවාඩු ලබා / සේවා ව්‍යුක්ත නිලධාරියාගේ නම	අමතර රාජකාරී මූල්‍ය		
		සිට	දක්වා	පැය		සිට	දක්වා	පැය ගණන
1	1							
2	2							
3	3							
4	4							
5	5							

රාජකාරී කළ මූල්‍ය පැය ගණන එකතුව

සැලකිය යුතුයි.

(අ) සේවය කළ සත්‍ය රාජකාරීය පැය අවෙන් වැඩිවන්නේ නම් පමණක් එම දින දිනයෙන් පසු පැයෙන් භාගයක් (X) සලකුණක් යොදා ගෙවීම කළ යුතුයි.

(ආ) එම දිනවල සේවය කළ කාල සීමාව අවසන් කිරීමේදී දත්ත ලේඛන පරීක්ෂා කර සහතික (අ.ස. (i) සියලු වචන ද අමතර සේවා) සහ සහතික (අ.ස. (ii) සියලු ගෙවීම) අදාළ පරිදි සටහන් කළ යුතුයි.

# අමතර සේවා සඳහා ගෙවීම ඉල්ලීම

01. හෙද නිලධාරියාගේ / නිලධාරණියාගේ නම :-

01. ഗ്രേഡ് :-

03. ආයතනයේ නම :- ලංකා ජාතික රෝගල, කොළඹ

04. සාමාන්‍යයෙන් වැඩ කරන ස්ථානය (වාචුව/සායනය ආදිය) :-

05. 20  දිනෙන් පටන් ගෙන 20  මස  දිනෙන් අවසන් වන සති (4/5) කාලය සඳහා මුදල් ඉල්ලීම

06. മാസിക മൂലിക വൈദ്യുതി :-

07. പ്രൈക്കറ്റ് ഡിമനാ പ്രമാණയ : -

08. වැඩ කළ මුළු පැය ගණන (අනික් පිටුවේ විස්තර බලන්න.) -

Total Hours :

09. ඉල්ලුම වලට අදාළ කාල පරිචේෂ්දය තුළ ලබා ගත්තා ලද නිවාසු පිළිබඳ කෙටි නිවාසු ඇතුළත්ව විස්තර

(x) අනවුරු ඉලක්කම් කපා හරින්න (x) සති ගණන සඳහන් කරන්න.

ඉහත දක්වා ඇති අමතර සේවා රාජකාරී පැය ගණන සහ ඉල්ලනු ලබන මුදල සහ නිවාසු විස්තර නිවැරදි බවටත් මම සහතික කරමි. එම ගෙවීම කරනු ලැබේමෙන් පසු කිසියම් වරදක් හෝ අකුම්කතාවයක් සොයා ගනු ලැබුවහොත් එම ප්‍රමාණය අධිහාර කිරීමට භා මට විරුද්ධ්‍යව විනයානුකූලව ක්‍රියා කිරීමට භැංකි බව මම දනිමි.

ଦୀନ୍ୟ

.....

ඉහත දක්වා ඇති පැය ගණන 20..... දින පටත් ගත් සතියේ සිට 20..... දක්වා වැඩ කරන ලද පැය ගණන බවත් මෙහි සඳහන් කාලය තුළ අතිකාල සේවයේ යෙදුන බවත්, මෙම අමතර සේවය සඳහා අදාළ අනුමතිය ලැබේ සෑනි බවත් සිංහල තුරමි

මෙහි පසුඡීට සඳහන් වේලාවන් පැමිණීමේ ලේඛනය  
අනුව පරික්ෂා කළ බවත්, එය නිවැරදි බවත්,  
සහතික කරන අතර, ගෙවීම  
නිරදේශ කර ඉදිරිපත් කරමි

.....  
වොට්ටු භාර නේ. සේය/අංශ භාර නේ. සේය. අත්සන  
(අනවිධා ව්‍යව ක්‍රියා තැබ්දි)

අනුමත කරමි

පධාන වි.ගේ. ඩෙන් නිලධාරී / වි.ගේ. ඩෙන් නිලධාරී

.....  
**(අධ්‍යක්ෂ වෙනුවට)**  
**නිල මඟව**