

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 කිරීමේ දී 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 රෝහල, කොළඹ

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

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

06. මාසික මුලික වැටුප :-

07. പ്രൈക്കറ്റ് ഡിമനാ പ്രമാණയ : -

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

09. ඉල්ලුම් වලට අදාළ කාල පරිචේෂ්දය තුළ ලබා ගන්නා ලද නිවාසු පිළිබඳ

କେବଳ ନାହାନ୍ତି ଅର୍ଥାତ୍ ଲଙ୍ଘନ

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

ඉහත දක්වා ඇති අමතර සේවා රාජකාරී පැය ගණන සහ ඉල්ලනු ලබන මූදල සහ නිවාඩු විස්තර නිවැරදි බවටත් මම සහතික කරමි. එම ගෙවීම කරනු ලැබේමෙන් පසු කිසියම් වරදක් හෝ අක්‍රමිකතාවයක් සොයා ගනු ලැබුවහොත් එම ප්‍රමාණය අධිභාර කිරීමට භා මට විරැද්ධිව විනයානුකූලව ක්‍රියා කිරීමට භැකි බව මම දැනිමි.

දිනය
------	-------

ଓଲ୍ଲମିକରୈଗେ ଅନ୍ସନ

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 අනුමැතිය ලැබේ ඇති බවත් සහතික කරමි.

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

.....
වෛත්‍ය භාර හේ. සේව/අංශ භාර හේ. සේව. අත්සන
(අනවශ්‍ය වචන කපා හරින්න)

අනුමත කරමි

ප්‍රධාන වි.ගේ. ඩෙස් නිලධාරී / වි.ගේ. ඩෙස් නිලධාරී

(අධ්‍යක්ෂ වෙනුවට) නිල මදාව