

| 1 | 2 | 3 | | | 4 | 5 | | 6 | |
|------|-------------|-------------|-------------|-------------|--|--------------|-------------|-------------|------------|
| සතිය | දිනය | දිනය | | | නිවාඩු ලබා / සේවා ව්‍යුක්ත නිලධාරියාගේ නම | අමතර රාජකාරි | | මුළු | |
| | | සිට | දක්වා | පැය | | සිට | දක්වා | පැය ගණන | පැය ගණන |
| 1 | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| 2 | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| 3 | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| 4 | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| 5 | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |
| | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | <div></div> | | |

සැලකිය යුතුයි.

(අ) සේවය කල සත්‍ය රාජකාරිය පැය අටෙන් වැඩිවන්නේ නම් පමණක් එම දින දිනයෙන් පසු පැයෙන් භාගයක් (X) සලකුණක් යොදා ගෙවීම කල යුතුයි.

(ආ) එම දිනවල සේවය කල කාල සීමාව අවසන් කිරීමේ දී දත්ත ලේඛන පරීක්ෂා කර සහතික (අ.ස. (i) සියළු වචන ද අමතර සේවා) සහ සහතික (අ.ස. (ii) සියළු ගෙවීම්) අදාල පරිදි සටහන් කල යුතුයි.

රාජකාරි කල මුළු පැය ගණන එකතුව

අමතර සේවා සඳහා ගෙවීම් ඉල්ලීම

01. හෙද නිලධාරියාගේ / නිලධාරිණියාගේ නම :-

01. ශ්‍රේණිය :-

03. ආයතනයේ නම :- ලංකා ජාතික රෝහල, කොළඹ

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

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

06. මාසික මූලික වැටුප :-

07. පැයකට දීමනා ප්‍රමාණය :-

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

Total Hours :

09. ඉල්ලුම් වලට අදාළ කාල පරිච්ඡේදය තුළ ලබා ගන්නා ලද නිවාඩු පිළිබඳ කෙටි නිවාඩු ඇතුළත්ව විස්තර

Total OT Hours :

| 20 <input type="text"/> සිට <input type="text"/> දක්වා | දින ගණන | 20 <input type="text"/> සිට <input type="text"/> දක්වා | දින ගණන |
|--|----------------------|--|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| එකතුව | <input type="text"/> | | <input type="text"/> |

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

ඉහත දක්වා ඇති අමතර සේවා රාජකාරි පැය ගණන සහ ඉල්ලනු ලබන මුදල සහ නිවාඩු විස්තර නිවැරදි බවටත් මම සහතික කරමි. එම ගෙවීම් කරනු ලැබීමෙන් පසු කිසියම් වරදක් හෝ අක්‍රමිකතාවයක් සොයා ගනු ලැබුවහොත් එම ප්‍රමාණය අධිභාර කිරීමට හා මට විරුද්ධව විනයානුකූලව ක්‍රියා කිරීමට හැකි බව මම දනිමි.

දිනය

.....

ඉල්ලුම්කරුගේ අත්සන

ඉහත දක්වා ඇති පැය ගණන 20 දින පටන් 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 ලැබී ඇති බවත් සහතික කරමි.

මෙහි පසුපිට සඳහන් වේලාවන් පැමිණීමේ ලේඛණය අනුව පරීක්ෂා කළ බවත්, එය නිවැරදි බවත්, සහතික කරන අතර, ගෙවීම නිර්දේශ කර ඉදිරිපත් කරමි

.....

වොට්ටු භාර හෙ. සො/අංශ භාර හෙ. සො. අත්සන

(අනවශ්‍ය වචන කපා හරින්න)

අනුමත කරමි

.....

ප්‍රධාන වි.ශ්‍රේ. හෙද නිලධාරී / වි.ශ්‍රේ. හෙද නිලධාරී

.....

(අධ්‍යක්ෂ වෙනුවට)

නිල මුද්‍රාව