

1 කොටස

පවුල් සෞඛ්‍ය සේවා නිලධාරීන් - මූලික තොරතුරු පත්‍රිකාව

1. ප්‍රා.සෞ.සේ.අ. කාර්යාලය :.....
2. සෞ.වෛ.නි. කාර්යාලය :
3. ප.සෞ.සේ.නි. ප්‍රදේශය කාර්යාලය:
4. ප්‍රදේශයේ වර්ග ප්‍රමාණය (වර්ග කි.මී.):
5. ජනගහනය :.....
6. දිස්ත්‍රික්කයේ උපන් අනුපාතය :
7. ප.සෞ.සේ.නි. ප්‍රදේශයේ ඇස්තමේන්තු කළ උපන් අනුපාතය :
8. පළමු පත්වීමේ දිනය :.....
9. මෙම ප්‍රදේශයට පත්වීම ලද දිනය:.....
10. ප.සෞ.සේ.නි. ලෙස සේවා කාලය :
11. ප.සෞ.සේ. නිලධාරීන්ට නිල නිවාසයක් තිබේද? : ඔව් / නැත
 - a. ඇය දැනට නිල නිවසයේ පදිංචිව සිටීද? : ඔව් / නැත
 - b. නැති නම් ඇය එම ප්‍රදේශ තුළ පදිංචිව සිටීද? : ඔව් / නැත
12. ඇය එම ප්‍රදේශය තුළ පදිංචිව නොසිටී නම්,
 - a. ඇයගේ නිවසේ සිට කාර්යාලයට ඇති දුර කි.මී. :
 - b. කාර්යාලය වෙත ළඟාවීමට කොපමණ කාලයක් ගතවේද? (පැය) :
13. ප්‍රවාහන පහසුකම්

ප.සෞ.සේ. නිලධාරීන්ට ප්‍රවාහනය පහසුකම් සපයා ඇතිද? : ඔව් / නැත

 - a. පා පැදිය, මොටෝර් සයික්ලෝ/ ස්කූටරය : ඔව් / නැත
 - b. ඇය එය භාවිතා කරයිද? : ඔව් / නැත
 - c. භාවිතා නොකරයි නම් භාවිතා නොකිරීමට හේතු:

.....

.....

.....

අවසාන වසර 5 තුළ සහභාගී වූ පුහුණු වැඩසටහන්

	පුහුණු වැඩසටහන්	සහභාගී වූ දිනය
1.	ලදරුවන්ට හා කුඩා දරුවන්ට ආහාර දීම පිළිබඳ පුහුණුව	
2.	දරුවන්ගේ වර්ධනය තක්සේරු කිරීම සඳහා පුහුණුව	
3.	ජීවන නිපුණතා පුහුණුව	
4.	පවුල් සැලසුම් උපදේශනය (තුන්දින පුහුණුව)	
5.	ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය පදනම් වූ ප්‍රවණ්ඩත්වය පිළිබඳ පුහුණුව	
6.	නව දිවිසුව සත්කාර සේවා	
7.	ස්ත්‍රී පුරුෂ සමාජභාවය පදනම් වූ ප්‍රවණ්ඩත්වය සඳහා සෞඛ්‍ය සේව ප්‍රතිචාර දැන්වීම පිළිබඳ පුහුණුව	
8.	පූර්ව ළමාවිය සංවර්ධනය පිළිබඳ පුහුණුව	
9.	නව යොවුන් සෞඛ්‍ය	
10.	වෙනත් (සඳහන් කරන්න)	

වාර්ෂික අධීක්ෂණවලින් ලැබුණු ශ්‍රේණි (පසුගිය වසර 5)

	අවුරුද්ද	ලකුණු	ශ්‍රේණිය*
1			
2			
3			
4			
5			

(*ශ්‍රේණි A - > 80 ශ්‍රේණි B- 60-79, ශ්‍රේණි C - 40 - 59, ශ්‍රේණි D - <40)

අවසන් වරට යාවත්කාලීන කළ දිනය -

අධීක්ෂණ නිලධාරියාගේ නම - අත්සන -