ঢাকা কমিউনিটি হাসপাতালশে

ছবি

190/1 বড় মগবাজার, ওয়্যারলেস রেল গেইট- ১২১৭

ফোনঃ ৯৩৫১১৯০-১

ব্যক্তিগত তথ্যাবলী

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ১.শেষের নাম | প্রথম নাম | মধ্য নাম |  পুরুষ মহিলা  |
|  |  |  |
| ২.জন্ম তারিখ ( দিন-মাস-সন) | ৩.জন্ম গ্রহণের স্থান (দেশ) | শহর | বিভাগ |
| ৪. স্থায়ী ঠিকানা এবং টেলিফোন নাম্বার |
| ৫.স্বামী/স্ত্রীর পূর্ণ নাম ও ঠিকানা | ৬. স্বামী/ স্ত্রীর জন্ম তারিখ (দিন-মাস-সন) |
| নাম | ঠিকানা | টেলিফোন নাম্বার |
| ৭.(ক) পাসপোর্ট নাম্বার (যদি থাকে) |
|  (খ) জাতীয় পরিচয়পত্র নং |
|  (গ)ড্রাইভিং লাইসেন্স নং |
|  (ঘ)জন্ম সনদ নং |
| ৮. বৈবাহিক অবস্থাঃ বিবাহিত তালাকপ্রাপ্ত বিছিন্ন বিধবা/বিপত্নিক  |
| ৯. প্রতিষ্ঠানের নাম সহ শিক্ষাগত যোগ্যতা |
| ক্রমিক নং | ঠিকানা ও টেলিফোন নাম্বার | শিক্ষার বিষয় | পাশের সন |
| ১. |  |  |  |
| ২. |  |  |  |
| ৩. |  |  |  |
| ৪. |  |  |  |
| ৫. |  |  |  |
| ১০. কাজের অভিজ্ঞতা- বর্তমান |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ক্রমিক নং | প্রতিষ্ঠানের নাম ঠিকানা | ঠিকানা | টেলিফোননাম্বার | পদবী | দ্বায়িত্ব ও কর্তব্যের বিবরণ | কাজ শুরুর তারিখ (দিন- মাস-সময়) |
| ১. |  |  |  |  |  |  |
| ২. |  |  |  |  |  |  |
| ৩. |  |  |  |  |  |  |
| ১১. কাজের অভিজ্ঞতা-পূর্বের এবং মালিকের ছাড় পত্র আছে কিনা? হ্যাঁ না  |
| ক্রমিক নং | প্রতিষ্ঠানের নাম ঠিকানা | টেলিফোননাম্বার | পদবী | দ্বায়িত্ব ও কর্তব্যের বিবরণ | কাজ শুরুর তারিখ (দিন- মাস-সময়) | শেষের তারিখ (দিন- মাস-সময়) |
| ১. |  |  |  |  |  |  |
| ২. |  |  |  |  |  |  |
| ৩. |  |  |  |  |  |  |
| ১২. আপনার বিশেষ কোন দক্ষতা বা ট্রেনিং আছেঃ হ্যাঁ না |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ১৩. আপনার বিরুদ্ধে কোর্টে কোন মকদ্দমা আছে/ছিলঃ হ্যাঁ না |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ১৪. পূর্বে কোন দূর্ঘটনা ঘটিয়েছেন কিনা হ্যাঁ না  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ১৫. পিতা মাতা সন্তান এবং ভাই বোনের পূর্ণ নাম ও ঠিকানা |
| নাম | ঠিকানা | সম্পর্ক | পেশা | টেলিফোন নাম্বার |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ১৬. কমপক্ষে দুইজন অভিভাবক/ যোগাযোগকারীর নাম যে আপনার সম্পর্কে বিস্তারিত জানেনঃ (খুব কাছের রক্তের সম্পর্ক ব্যতিত) |
| নাম | ঠিকানা | টেলিফোন নাম্বার |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ১৭. আপনার এই ফরম অন্য কেউ পূরন করে দিয়েছেঃ হ্যাঁ না(যদি হ্যাঁ হয় তাহলে ১৮ নং পূরন করুন)  |
| ১৮.ফরম পূরন কারীনামঃ………………………………………………….দরখাস্তকারীর সাথে সম্পর্ক…………………….ঠিকানাঃ…………………………………………………………………………………………………………….ফরম পূরনকারীর স্বাক্ষর…………………………………….. তারিখ………………….. |

আমি এই মর্মে প্রত্যয়ন করছি যে, উপরে প্রদত্ত সকল তথ্য সঠিক। কোন তথ্য গোপন রাখা হয় নি। কোন তথ্য গোপন রাখলে এর সকল দায়-দায়িত্ব আমি নিম্নস্বাক্ষরকারী বহন করবো।

…………………

দরখাস্তকারীর স্বাক্ষর তারিখঃ....../…../…..