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 | টেলিফোন  নাম্বার | 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 | টেলিফোন  নাম্বার | 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 কারী  নামঃ………………………………………………….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....../…../…..