|  |
| --- |
| পাসপোর্ট সাইজছবি (সম্প্রতি তোলা তিন কপি) |

**চাকরির আবেদন ফরম**

বরাবর,

সদস্য সচিব

ঈশ্বরদী ইপিজেড মেডিকেল সেন্টার ট্রাস্টি বোর্ড

ঈশ্বরদী ইপিজেড হাসপাতাল

পাকশী, পাবনা।

|  |  |
| --- | --- |
| ১. | পদের নাম : |
| ২. | বিজ্ঞপ্তি নম্বর : | তারিখ: | দি | ন | মা | স | ব | ৎ | স | র |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ৩. | প্রার্থীর **না**ম | বাংলায়: |
| ইংরেজীতে ( বড় অক্ষরে) : |
| ৪. | জাতীয় পরিচয় পত্র নম্বর: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (যে কোনএকটি) |
| জন্ম নিবন্ধন নম্বর: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ৫. | জন্ম তারিখ: | দি | ন | মা | স | ব | ৎ | স | র | ৬. জন্ম স্থান (জেলা): |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ৭. | বিজ্ঞপ্তিতে উল্লিখিত তারিখে প্রার্থীর বয়স:(০৭/০৫/২০২৩ তারিখে) | বছর | মাস  | দিন |
| ৮. | মাতার নাম: |
| ৯. | পিতার নাম: |
| ১০. | **ঠিকানা :** | **বর্তমান** | **স্থায়ী** |
| বাসা ও সড়ক (নাম/নম্বর): |  |  |
| গ্রাম/পাড়া/মহল্লা: |  |  |
| ইউনিয়ন/ওয়ার্ড: |  |  |
| ডাকঘর: |  |  |
| পোস্টকোড নম্বর: |  |  |
| উপজেলা: |  |  |
| জেলা: |  |  |
| ১১. | যোগাযোগ: | মোবাইল নম্বর: | ই-মেইল (যদি থাকে): |
| ১২. | জাতীয়তা: | ১৩. | জেন্ডার: |
| ১৪. | ধর্ম : | ১৫. | পেশা: |
| ১৬. | শিক্ষাগত যোগ্যতা: |
| **পরীক্ষার নাম** | **বিষয়** | **শিক্ষা প্রতিষ্ঠান** | **পাসের সন** | **বোর্ড/বিশ্ববিদ্যালয়** | **গ্রেড/শ্রেণি/জিপিএ** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| ১৭. | অতিরিক্ত যোগ্যতা (যদি থাকে): |
| ১৮. | অভিজ্ঞতার বিবরণ ( প্রযোজ্য ক্ষেত্রে): |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ১৯.  | বিভাগীয় প্রার্থী কিনা ( টিক দিন) : | হ্যাঁ | না | প্রযোজ্য নয় |
| আমি এ মর্মে অঙ্গীকার করছি যে, ওপরে বর্ণিত তথ্যাবলি সম্পূর্ণ সত্য। মৌখিক পরীক্ষার সময় উল্লিখিত তথ্য প্রমাণের জন্য সকল মূল সার্টিফিকেট ও রেকর্ডপত্র উপস্থাপন করব। কোন তথ্য অসত্য প্রমাণিত হলে আইনানুগ শাস্তি ভোগ করতে বাধ্য থাকব। |
| তারিখঃ |  |  |  |  |  |  |  |  | প্রার্থীর স্বাক্ষর |