

চাকরির আবেদন ফরম

বরাবর,
সদস্য সচিব,
উত্তরা ইপিজেড মেডিকেল সেন্টার ট্রাস্টি বোর্ড,
উত্তরা রপ্তানী প্রক্রিয়াকরণ এলাকা,
সংগলশী, নীলফামারী-৫৩০০।

৫ x ৫ সে.মি. ছবি

(সম্প্রতি তোলা,
তিন কপি)

১.	পদের নাম :														
২.	বিজ্ঞপ্তি নম্বর :					তারিখ:									
						দি	ন	মা	স	ব	৭	স	র		
৩.	প্রার্থীর নাম		বাংলায়:												
			ইংরেজীতে (বড় অক্ষরে) :												
৪.	জাতীয় পরিচয় পত্র নম্বর:										(যে কোন একটি)				
	জন্ম নিবন্ধন নম্বর:														
৫.	জন্ম তারিখ:		দি	ন	মা	স	ব	৭	স	র	৬. জন্ম স্থান (জেলা):				
৭.	বিজ্ঞপ্তিতে উল্লিখিত তারিখে প্রার্থীর বয়স:				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: বাংলাদেশী					১৩.	জেন্ডার:								
১৪.	ধর্ম :		বৈবাহিক অবস্থা:			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.	কোটা (টিক দিন):		মুক্তিযোদ্ধা/শহীদ মুক্তিযোদ্ধার সন্তান ক্ষুদ্র নৃ-গোষ্ঠী					শারীরিক প্রতিবন্ধী ও তৃতীয় লিঙ্গ							
২০.	ব্যাংক ড্রাফ্ট/ পে-অর্ডার নম্বর:					তারিখ:		দি	ন	মা	স	ব	৭	স	র
	ব্যাংক ও শাখার নাম:														
২১.	বিভাগীয় প্রার্থী কিনা (টিক দিন) :			হ্যাঁ			না			প্রযোজ্য নয়					
আমি এ মর্মে অঙ্গীকার করছি যে, উপরে 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					