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	ৎ	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	ৎ	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/ টেলিফোন নম্বরঃ							ই-মেইল (যদি থাকে) :										
১২.	জাতীয়তা: বাংলাদেশী								১৪.	জেন্ডার:									
১৩.	ধর্ম :								১৫.	পেশা:									

১৬. শিক্ষাগত যোগ্যতা:

পরীক্ষার নাম	বিষয়	শিক্ষা প্রতিষ্ঠান	পাসের সন	বোর্ড/বিশ্ববিদ্যালয়	গ্রেড/শ্রেণি/বিভাগ

১৭.	অতিরিক্ত যোগ্যতা (যদি থাকে):																		
১৮.	অভিজ্ঞতার বিবরণ (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে):																		
১৯.	কোটা (টিক দিন):	মুক্তিযোদ্ধা/শহীদ মুক্তিযোদ্ধার সন্তান							এতিম/শারীরিক প্রতিবন্ধী										
		ক্ষুদ্র নৃ-গোষ্ঠী		আনসার ও গ্রাম প্রতিরক্ষা সদস্য					অন্যান্য (উল্লেখ করুন)										
২০.	ব্যাংক ড্রাফ্ট/ পে-অর্ডার নম্বর:								তারিখ:	দি		ন		মা		স	ব	ৎ	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 আইনানুগত শাস্তি ভোগ করতে বাধ্য থাকব।

তারিখঃ	দি		ন		মা		স	ব	ৎ	স	র

প্রার্থীর স্বাক্ষর