কুমিল্লা রপ্তানী প্রক্রিয়াকরণ এলাকা
কুমিল্লা ইপিজেড মেডিকেল সেন্টার
বিমান বন্দর এলাকা, কুমিল্লা-৩৫০০।

সূত্র: ০৩.০৬.১৯৩৩.৩৩৫.১১.০১৬.০৬.৬২৬

তারিখ: ২০ এপ্রিল, ২০২৬

# নিয়োগ বিজ্ঞপ্তি

কুমিল্লা ইপিজেড মেডিকেল সেন্টারের নিম্নোক্ত শূন্য পদে লোকবল নিয়োগের জন্য বাংলাদেশের প্রকৃত নাগরিকদের নিকট হতে দরখাস্ত আহবান করা যাচ্ছে:

| ক্রমিক নং | পদের নাম ও বেতন স্কেল | পদের সংখ্যা | সর্বোচ্চ বয়সসীমা (১৭.০৫.২০২৬ তারিখে) | শিক্ষাগত যোগ্যতা ও অভিজ্ঞতা |
|---|---|---|---|---|
| ০১ | প্রধান চিকিৎসা কর্মকর্তা (চুক্তিভিত্তিক) বেতন আলোচনা সাপেক্ষে | ০১ (এক) | ৫০ বৎসর তবে অভিজ্ঞ প্রার্থীর ক্ষেত্রে বয়স শিথিলযোগ্য | এফসিপিএস/এমপিএইচ ডিগ্রিধারী হতে হবে। সংশ্লিষ্ট বিষয়ে অন্যান্য ডিগ্রী/ট্রেনিং থাকা বাঞ্চনীয়। চিকিৎসা পেশায় অধিকতর অভিজ্ঞতাসম্পন্ন ও প্রশাসনিক কাজে দক্ষ/অভিজ্ঞ প্রার্থীদের নিয়োগের ক্ষেত্রে অগ্রাধিকার প্রদান করা হবে। |

**শর্তাবলী:**

০১) সরকার কর্তৃক নির্ধারিত চাকরির আবেদন ফরমে দরখাস্ত আগামী ১৭.০৫.২০২৬ তারিখের মধ্যে সদস্য সচিব, কুমিল্লা ইপিজেড মেডিকেল সেন্টার ট্রাষ্টি বোর্ড, কুমিল্লা ইপিজেড, কুমিল্লা-৩৫০০, বরাবরে অফিস চলাকালীন সময়ের মধ্যে পৌছাতে হবে। উল্লিখিত তারিখের পর ডাকযোগে কিংবা অন্য কোন উপায়ে প্রেরিত দরখাস্ত গ্রহণ করা হবে না। অত্র অফিসে সরাসরি কোন দরখাস্ত গ্রহণ করা হবে না। উল্লেখিত তারিখের পর প্রাপ্ত আবেদনপত্রসমূহ বাতিল বলে গণ্য হবে। আবেদনের নমুনা বেপজা এর ওয়েবসাইট: www.bepza.gov.bd থেকে ডাউনলোড করা যাবে।

০২) বয়স নির্ধারণের ক্ষেত্রে এস এস সি বা সমমানের সার্টিফিকেটের ভিত্তিতে বয়স নির্ধারণ করা হবে। বয়স প্রমানের জন্য এফিডেভিট গ্রহণযোগ্য নয়।

০৩) অসম্পূর্ণ, ত্রুটিপূর্ণ এবং বিলম্বে প্রাপ্ত আবেদন কোন কারণ দর্শানো ব্যতিরেকেই বাতিল বলে গণ্য হবে। প্রাথমিক বাছাই এর পর কর্তৃপক্ষের বিবেচনায় কেবলমাত্র উপযুক্ত প্রার্থীগণকে লিখিত বা মৌখিক পরীক্ষায় অংশগ্রহণের জন্য অনুরোধ জানানো হবে।

০৪) দরখাস্তের খামের উপরের মাঝখানে প্রার্থীত পদের নাম ও নিজ জেলার নাম উল্লেখ করতে হবে।

০৫) চাকরিরত প্রার্থীদের যথাযথ কর্তৃপক্ষের মাধ্যমে আবেদন করতে হবে।

০৬) **Comilla EPZ MCTB** এর অনুকূলে যে কোন তফসিলি ব্যাংক হতে উক্ত পদের জন্য ২০০/- (দুইশত) টাকার MICR পে-অর্ডার/ব্যাংক ড্রাফ্ট (অফেরতযোগ্য) দরখাস্তের সঙ্গে সংযুক্ত করতে হবে। দরখাস্তের সাথে নিম্নলিখিত কাগজপত্রাদি দাখিল করতে হবে:
ক) ১ম শ্রেণীর গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত সকল শিক্ষাগত যোগ্যতার সনদপত্র।
খ) ১ম শ্রেণীর গেজেটেড অফিসার কর্তৃক সত্যায়িত সদ্য তোলা তিন কপি পাসপোর্ট সাইজের ছবি।
গ) ১ম শ্রেণীর গেজেটেড অফিসার কর্তৃক প্রদত্ত চারিত্রিক সনদপত্র।
ঘ) ১ম শ্রেণীর গেজেটেড অফিসার কর্তৃক প্রদত্ত সত্যায়িত জাতীয়তা সনদপত্রের কপি/ন্যাশনাল আইডি কার্ডের কপি।
ঙ) স্থানীয় ইউনিয়ন পরিষদ চেয়ারম্যান/সিটি কর্পোরেশনের ওয়ার্ড কমিশনার/পৌরসভার পৌর মেয়র কর্তৃক প্রদত্ত নাগরিকত্ব সদনপত্র।
চ) অভিজ্ঞতার সনদপত্র।

০৭) কর্তৃপক্ষ কোন কারণ প্রদর্শণ ব্যতিরেকে যে কোন দরখাস্ত গ্রহণ বা বাতিলের ক্ষমতা সংরক্ষণ করেন এবং এ নিয়োগ বিজ্ঞপ্তি প্রচারের কারণে কর্তৃপক্ষ নিয়োগ প্রদান করতে কিংবা লিখিত অথবা মৌখিক পরীক্ষার কার্ড ইস্যু করতে বাধ্য থাকবে না। দরখাস্তের সঙ্গে দাখিলকৃত কোন কাগজপত্র ফেরৎ দেয়া হবে না। নিয়োগ প্রক্রিয়ায় কর্তৃপক্ষের সিদ্ধান্ত চূড়ান্ত বলে গণ্য হবে।

০৮) কোন তদবির বা সুপারিশ প্রার্থীর অযোগ্যতা বলে বিবেচিত হবে। প্রার্থীকে লিখিত/মৌখিক পরীক্ষায় অংশ গ্রহণের জন্য কোন টিএ/ডিএ দেয়া হবে না।

২০/৪/২০২৬

(মো: ফেরদৌসুর রহমান)
অতিরিক্ত নির্বাহী পরিচালক (শিল্প সম্পর্ক), কুমিল্লা ইপিজেড
ও
সদস্য সচিব, কুমিল্লা ইপিজেড মেডিকেল সেন্টার ট্রাস্টি বোর্ড

| ৫ X ৫ সে.মি. ছবি (সম্প্রতি তোলা তিন কপি) |
|---|

# চাকরির আবেদন ফরম

বরাবর,
সদস্য সচিব
কুমিল্লা ইপিজেড মেডিকেল সেন্টার ট্রাস্টি বোর্ড
কুমিল্লা ইপিজেড, কুমিল্লা -৩৫০০।

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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: | | | | | | | | | | |

| | ঠিকানা : | বর্তমান | স্থায়ী |
|---|---|---|---|
| ১০. | 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 : | 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 | শারীরিক প্রতিবন্ধি ও তৃতীয় লিঙ্গ |
| | | ক্ষুদ্র নৃ-গোষ্ঠী | |
| ২০. | ব্যাংক ড্রাফ্ট/পে-অর্ডার নম্বর: | তারিখ: | |
| | ব্যাংক ও শাখার নাম: | | |
| ২১. | 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