

কলেজ ড্রেস ও মেডিকেল
এপ্রোন পরিহিত ল্যাব
প্রিন্ট ছবি আঠা দিয়ে
সংযুক্ত করুন।

স্বাস্থ্য শিক্ষা অধিদপ্তর
স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়
বাংলাদেশ রাষ্ট্রীয় চিকিৎসা অনুষদ
কমিউনিটি হেলথ ওয়ার্কার

স্মারক নং- Syl/Com.Par/2.2023

তারিখ:/...../.....খ্রি.

ভর্তির আবেদন ফরম

- শিক্ষার্থীর নাম (বাংলায়):
ইংরেজিতে:
- পিতার নাম (ইংরেজিতে):
- মাতার নাম (ইংরেজিতে) :
- অভিভাবকের নাম (ইংরেজিতে):
- ন্যাশনাল আইডি:
- জন্ম তারিখ:/...../.....
- ধর্ম: ক) ইসলাম খ) সনাতন গ) খ্রিষ্টান ঘ) বৌদ্ধ ঙ) অন্যান্য
- ফোন নম্বর: (শিক্ষার্থী)....., অভিভাবক:
- ই-মেইল:@gmail.com
- বৈবাহিক অবস্থা: ক) বিবাহিত খ) অবিবাহিত
- লিঙ্গ: ক) পুরুষ খ) মহিলা
- ঠিকানা: গ্রাম/মহল্লা/বাসা:, পো:,
উপজেলা:, জেলা:
- ব্লাড গ্রুপ: ক) A⁺ve খ) A⁻ve গ) B⁺ve ঘ) B⁻ve
ঙ) AB⁺ve চ) AB⁻ve ছ) O⁺ve জ) O⁻ve
- শিক্ষাগত যোগ্যতা (ইংরেজিতে):

পরিষ্কার নাম	পাশের সন	বোর্ড রোল নং-	বোর্ড রেজি: নং-	প্রাপ্ত ফলাফল	স্কুল/ইনস্টিটিউটের নাম	বোর্ড
SSC/ Equivalence						
HSC/ Equivalence						
Graduation/ Hon's/Degree						

- পিতার বর্তমান পেশা: ক) চাকুরী খ) ব্যবসা গ) কৃষি ঘ) প্রবাসী ঙ) অবসরপ্রাপ্ত/অন্যান্য চ) মৃত
- বাৎসরিক আয়:/- টাকা
- জাতীয়তা: বাংলাদেশী/অন্যান্য
- কোর্সের নাম:
- ভর্তির তারিখ:/...../.....খ্রি.
- শিক্ষাবর্ষ: 20.....-20..... খ্রি.

বি: দ্র: ভর্তি সম্পন্ন পর একাডেমিক ফি সমূহ ফেরত যোগ্য নয়, এবং কোর্স সম্পন্ন না হওয়া পর্যন্ত শিক্ষাগত যোগ্যতার মূল ডকুমেন্টসমূহ ভর্তি বাতিল ব্যতীত ফেরত দেওয়া হয় না। কোন শিক্ষার্থী ভর্তি বাতিল করতে চাইলে সম্পূর্ণ কোর্স ফি পরিশোধ শর্তে ভর্তি বাতিলের আবেদন করতে পারবে।

শিক্ষার্থীর স্বাক্ষর

অভিভাবকের স্বাক্ষর

প্রতিষ্ঠান কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর