

চিকিৎসা সহায়তার জন্য আবেদন ফরম

সভাপতি/সচিব
বাপেক্স কর্মকর্তা/কর্মচারী কল্যাণ ট্রাস্ট
বাপেক্স ভবন, ৪ কাওরান বাজার বা/এ
ঢাকা-১২১৫।

বিষয়: বাপেক্স কর্মকর্তা কর্মচারী কল্যাণ ট্রাস্ট হতে চিকিৎসার জন্য অনুদান মঞ্জুরীর আবেদন।

- ১। নাম : পদবী :
- ২। পরিচিতি নম্বর : বিভাগ :
- ৩। পিতা/স্বামীর নাম : চাকুরীতে যোগদানের তারিখ :
- ৪। ব্যাধির বিবরণ :
- ৫। রোগাক্রান্ত ব্যক্তি :
- ৬। যে হাসপাতালে চিকিৎসা নিয়েছেন :
- ৭। চিকিৎসা সংক্রান্ত প্রয়োজনীয় কাগজপত্র :
- ৮। চিকিৎসা বাবদ প্রয়োজনীয় মোট অর্থ (অংকে): কথায়:

বিভাগীয় প্রধানের সুপারিশ

আবেদনকারীর স্বাক্ষর :
বিভাগ :
পরিচিতি নম্বর :

চিকিৎসা ও ব্যয় নির্ধারণী কমিটি

- ১। হাসপাতালের নাম :
- ২। চিকিৎসা গ্রহণের সময়কাল :
- ৩। চিকিৎসার জন্য ব্যয়িত মোট অর্থ :
- ৪। অনুদান হিসেবে প্রাপ্য মোট অর্থের পরিমাণ :

সুপারিশক্রমে:

সদস্য সচিব

সদস্য

আহ্বায়ক

কল্যাণ ট্রাস্ট পরিচালনা কমিটি

- ১। মঞ্জুরকৃত অনুদানের পরিমাণ : টাকা
 - ২। চেক/নগদ পরিশোধ ভাউচার নং : টাকা
- তারিখ:/...../.....

সদস্য সচিব ও উপমহাব্যবস্থাপক (চিকিৎসা) সদস্য ও উপমহাব্যবস্থাপক (সেবা) সদস্য ও মহাব্যবস্থাপক (প্রশাসন) সদস্য ও মহাব্যবস্থাপক (হিসাব ও অর্থ) সদস্য ও মহাব্যবস্থাপক (খনন) সদস্য ও মহাব্যবস্থাপক (উৎপাদন)

ব্যবস্থাপনা পরিচালক, বাপেক্স
ও
সভাপতি