



ফরম-১১

কন্ডাক্টর বা সুপারভাইজার লাইসেন্সের জন্য মেডিকেল সার্টিফিকেট
[বিধি ২৪(গ) ও ২৫(৩) দ্রষ্টব্য]

(রেজিস্টার্ড ডাক্তার কর্তৃক পূরণ করিতে হইবে)

- ১। নাম:-----
- ২। প্রার্থীর বয়স:-----
- ৩। (ক) দৃষ্টিশক্তির কোনো ত্রুটি আছে কি? থাকিলে, প্রয়োজনীয় চশমা দ্বারা দৃষ্টি মান সঠিক করা
হইয়াছে কিনা:-----, -----
- (খ) প্রার্থী সহজে সবুজ ও লাল রং চিহ্নিত করিতে পারেন কিনা:-----
- (গ) প্রার্থী রাতকানা রোগে ভুগিতেছেন কিনা:-----
- (ঘ) প্রার্থী বধিরতা রোগে ভুগিতেছেন কিনা:-----
- ৪। কন্ডাক্টর বা সুপারভাইজার হিসাবে দায়িত্ব পালনে অক্ষম এইরূপ অজ্ঞাহানি প্রার্থীর রহিয়াছে কিনা:-----
- ৫। মদ বা ড্রাগ আসক্তির কোনো লক্ষণ প্রার্থীর রহিয়াছে কিনা:-----
- ৬। প্রার্থীর (ক) শারীরিক স্বাস্থ্য, এবং (খ) দৃষ্টিশক্তির ক্ষেত্রে সাধারণভাবে সঠিক রহিয়াছে কিনা:-----
- ৭। প্রার্থীর সনাক্তকরণ চিহ্ন (যদি থাকে):-----

আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন করিতেছি যে, নিম্নে সংযুক্ত ছবি উপরে বর্ণিত প্রার্থীর বটে।

সদ্য তোলা পাসপোর্ট
সাইজ রঙিন ছবি
(১ কপি)

স্বাক্ষর:-----

নামের সিল:-----

ডাক্তারের রেজিস্ট্রেশন নং:-----

(ছবির উপরে ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সিল থাকিতে হইবে)