



## চাকুরীর আবেদন পত্র

- ১.১ পূর্ণ নাম স্পষ্ট অক্ষরে (বাংলায়) : .....  
(In English) : .....
- ১.২ পদের নাম : .....
- ১.৩ পিতা/স্বামীর নাম (ক) বাংলা : .....  
(খ) In English : .....
- ১.৪ মাতার নাম (ক) বাংলা : .....  
(খ) In English : .....
- ১.৫ জন্ম তারিখ : ..... বয়স (০২/০৩/২০২৬ অনুযায়ী) : ..... বছর ..... মাস ..... দিন
- ১.৬ স্থায়ী ঠিকানা (ক) বাংলা : গ্রাম/শহর : ..... ডাকঘর : .....  
থানা : ..... জেলা : .....  
(খ) In English : Village/City: ..... Post Office : .....  
P.S: ..... District : .....
- ১.৭ যোগাযোগের ঠিকানা (ক) বাংলা : .....  
.....  
(খ) In English : .....  
.....  
মোবাইল নম্বর : ..... হোয়াটসঅ্যাপ নম্বর : .....  
ই-মেইল : .....
- ১.৮ বৈবাহিক অবস্থা : বিবাহিত/অবিবাহিত ১.৯ লিঙ্গ : পুরুষ/মহিলা/তৃতীয় লিঙ্গ
- ১.১০ নাগরিকত্ব : ..... ১.১১ ধর্ম : .....
- ২.০ সরকারী/আধাসরকারী/স্বায়ত্বশাসিত/বেসরকারী সংস্থায় নিযুক্ত থাকিলে পদের নামসহ চাকুরীর সংক্ষিপ্ত বিবরণ : (প্রয়োজনে আলাদা কাগজ সংযোজন করা যাবে)

৩.০ শিক্ষাগত যোগ্যতার বিবরণ :

উত্তীর্ণ পরীক্ষাসমূহ	শিক্ষা প্রতিষ্ঠানের নাম	বোর্ড/বিশ্ববিদ্যালয়ের নাম	শ্রেণী/বিভাগ/ গ্রেড	পরীক্ষা পাশের সাল

অপর পৃষ্ঠায় দ্রষ্টব্য

৪.০ অভিজ্ঞতার বিস্তারিত বিবরণ (প্রয়োজনে আলাদা কাগজ সংযোজন করা যাবে) :

৫.০ প্রকাশনাঃ (প্রয়োজনে আলাদা কাগজ সংযোজন করা যাবে)

ক্র.নং	বিষয়	প্রকাশের তারিখ	অথার নম্বর উল্লেখসহ	জার্নালের নাম (দেশের নাম উল্লেখসহ)
১।				
২।				
৩।				
৪।				
৫।				
৬।				
৭।				

৬.০ বাংলাদেশ মেডিকেল এন্ড ডেন্টাল কাউন্সিলের রেজিস্ট্রেশন নম্বরঃ-----তারিখঃ-----

৭.০ জাতীয় পরিচয় পত্রের নম্বর : ----- ৭.১ রক্তের গ্রুপঃ-----

৮.০ ব্যাংক ড্রাফট/পে-অর্ডার নম্বরঃ-----তারিখঃ-----ব্যাংকের নামঃ-----

৯.০ প্রার্থী সম্বন্ধে অবহিত কিন্তু আত্মীয় নন এমন দু'জন বিশিষ্ট ব্যক্তি :

৯.১ ব্যক্তির নাম :  
পেশা/পদবী :  
ঠিকানা :

৯.২ ব্যক্তির নাম :  
পেশা/পদবী :  
ঠিকানা :

### ঘোষণাপত্র

১০.০ এতদ্বারা আমি শপথপূর্বক ঘোষণা করিতেছি যে, এই আবেদনপত্রে লিখিত সকল বিবরণ আমার জ্ঞান ও বিশ্বাস মতে সত্য।

তারিখঃ

প্রার্থীর স্বাক্ষরঃ

শর্তাবলী:

- আবেদনকারীকে অবশ্যই বাংলাদেশের স্থায়ী নাগরিক হতে হবে।
- ডাউনলোডকৃত আবেদন ফরম যথাযথভাবে পূরণ করে আগামী ০২/০৩/২০২৬ তারিখের মধ্যে (অফিস চলাকালীন সময় সকাল ৯ঃ০০ ঘটিকা হতে বেলা ২ঃ০০ ঘটিকা) সরাসরি/ডাকযোগে নিম্নস্বাক্ষরকারীর ঠিকানায় পৌঁছাতে হবে।
- আবেদন ফরমের সাথে নিম্নলিখিত সনদপত্র সমূহের ফটোকপি (১ম শ্রেণীর গেজেটেড কর্মকর্তা কর্তৃক সত্যায়িত) দাখিল করতে হবে।
  - সকল শিক্ষাগত যোগ্যতার সনদপত্র, অভিজ্ঞতা ও প্রকাশনাসমূহ;
  - সদ্য তোলা ৩ কপি (ল্যাব প্রিন্ট) পাসপোর্ট সাইজের ছবি;
  - বাংলাদেশ মেডিকেল এন্ড ডেন্টাল কাউন্সিল (বিএমডিসি) কর্তৃক নিবন্ধিত সনদের ফটোকপি;
  - জাতীয় পরিচয়পত্র/জন্ম নিবন্ধনসনদ;
  - ইউনিয়ন পরিষদের চেয়ারম্যান/সিটি করপোরেশনের কাউন্সিলর/পৌরসভার চেয়ারম্যান কর্তৃক প্রদত্ত নাগরিকত্ব সনদপত্র;
  - চাকুরীর প্রার্থীদের ক্ষেত্রে যথাযথ কর্তৃপক্ষের অনুমতিপত্র;
- প্রার্থীকে পরীক্ষার ফি বাবদ 'পরিচালক' বাংলাদেশ শিশু হাসপাতাল ও ইনস্টিটিউট এর অনুকূলে ২০০০/- (দুই হাজার) টাকা সমমূল্যের পে-অর্ডার/ব্যাংক ড্রাফট বাংলাদেশের যে কোন সিডিউল ব্যাংক থেকে সংগ্রহ করে তা আবেদন ফরমের সাথে সংযুক্ত করতে হবে।
- বাংলাদেশ শিশু হাসপাতাল ও ইনস্টিটিউটের বিভাগীয় প্রার্থীদের ক্ষেত্রে বয়স শিথিলযোগ্য।
- খামের উপর আবেদনকৃত পদের নাম উল্লেখ করতে হবে। নির্দিষ্ট সময়সীমার পর প্রাপ্ত আবেদন ও অসম্পূর্ণ বা মিথ্যা তথ্য সম্বলিত আবেদন সরাসরি বাতিল বলে গণ্য হবে।
- নিয়োগ বিজ্ঞপ্তি বাতিল ও পদসংখ্যা হ্রাস বা বৃদ্ধি করার ক্ষমতা নিয়োগকারী কর্তৃপক্ষ সংরক্ষণ করে।
- নিয়োগ প্রক্রিয়া চলাকালীন বা নিয়োগ প্রাপ্তির পর কোন শর্তাদিতে অসম্মতি বা ভুল প্রমাণিত হলে নিয়োগ বাতিল করার ক্ষমতা নিয়োগকারী কর্তৃপক্ষ সংরক্ষণ করে।
- কর্তৃপক্ষের বিবেচনায় শুধুমাত্র উপযুক্ত প্রার্থীকে নির্বাচনী পরীক্ষার জন্য ডাকা হবে।
- নির্বাচনী পরীক্ষায় উপস্থিত হওয়ার জন্য প্রার্থীকে কোন টিএ/ডিএ প্রদান করা হবে না।

