

ডিএপি ফার্টলাইজার কোম্পানী লিমিটেড
রাংগাদিয়া, আনোয়ারা, চট্টগ্রাম।

অ্যাম্বুলেন্স অধিযাচন ফরম

ব্যবহারের তারিখ:

১। আবেদনকারীর নাম ও পদবি:

২। বিভাগ/শাখা: ৩। রোগীর সাথে সম্পর্ক:

৪। আরোহনের স্থান: গন্তব্য স্থান:

৫। সময়:টা হতে টা পর্যন্ত ৬। রোগী ও সহযাত্রীর সংখ্যা:.....

আবেদনকারীর স্বাক্ষর ও তারিখ

রোগীর বিবরণ (চিকিৎসক পূরণ করবেন)

৭। রোগীর নাম ও বয়স:

৮। রোগের ধরন:

৯। রোগের ধরন অনুযায়ী অ্যাম্বুলেন্স আবশ্যিক কি না: হ্যাঁ / না।

১০। গমনের উদ্দেশ্য:

সুপারিশকারী চিকিৎসকের স্বাক্ষর ও তারিখ

শাখা প্রধান (মেডিক্যাল)-এর স্বাক্ষর ও তারিখ:

পরিবহণ কর্মকর্তার স্বাক্ষর

শাখা প্রধান (পরিবহণ)

মহাব্যবস্থাপক (প্রশাসন)

অনুমোদিত

ব্যবস্থাপনা পরিচালক

৯। গাড়ির নং ১০। চালকের নাম:

১১। কি.মি: হতে পর্যন্ত, দূরত্ব কি.মি.

১১। যাত্রার সময়: টা, ফেরত আসার সময়টা, মোট ঘন্টা

১০। লগ বইয়ের নং পৃষ্ঠা

পরিদর্শক/করণিক-এর স্বাক্ষর ও তারিখ

পরিবহণ কর্মকর্তার স্বাক্ষর ও তারিখ

লক্ষ্যণীয়:

ক) যার নামে অ্যাম্বুলেন্স বরাদ্দ দেওয়া হবে, কেবলমাত্র তিনিই অ্যাম্বুলেন্স ব্যবহার করবেন।

খ) ব্যবহারকারী অ্যাম্বুলেন্সের লগবুক যথাযথভাবে পূরণ করে নাম, পদবিসহ স্বাক্ষর করবেন।

গ) ব্যক্তিগত ব্যবহারের জন্য বরাদ্দের ক্ষেত্রে নিয়মানুযায়ী বিল পরিশোধ করতে হবে।