



সকল তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করা হবে এবং শুধুমাত্র আপনি অসুস্থ হলেই আপনার সাথে যোগাযোগ করার জন্য ব্যবহৃত হবে।  
গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের করোনা ভাইরাস (COVID-19) সংক্রমণ ক্রিনিং কার্যক্রমের অংশ হিসাবে দেশের স্থল  
নৌ/বিমানবন্দর সমূহের মাধ্যমে দেশে প্রবেশকারীদের নিচের তথ্যগুলি পূরণ করতে হবে।

## স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ঘোষনা পত্র

যাত্রীর নাম: _____	জন্ম তারিখ: _____											
লিঙ্গ: পুরুষ / মহিলা / অন্যান্য	পাসপোর্ট নং: _____											
জাতীয়তা: _____	আসন নং: _____											
ফ্লাইট / গাড়ী নং: _____	প্রস্থানের তারিখ: _____											
যে দেশ থেকে যাত্রা শুরু করেছেন: _____	গত ২সপ্তাহে যে সমস্ত দেশ ভ্রমন করেছেন: _____											
আগমনের তারিখ: _____	বাংলাদেশে অবস্থানকালীন ঠিকানা: _____											
জেলা: _____	উপজেলা: _____	ইউনিয়ন: _____										
গ্রাম/মহল্লা: _____	রাস্তা: _____	বাড়ি: _____										
মোবাইল নং: _____	<table border="1"><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr></table>		_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____			

নিচের কোনো লক্ষণ থাকলে অনুগ্রহ পূর্বক (  ) টিক দিন

- জ্বর
- কাশি
- শ্বাসকষ্ট
- ক্লান্তি
- গলাব্যথা
- মাথাব্যথা
- ইদানিং স্বাদ কিংবা গন্ধ না পাওয়া

আপনি কিংবা আপনার ভ্রমনসঙ্গীদের মধ্যে কেউ গত তিন দিনের মধ্যে কোভিড-১৯ টেস্ট পজেটিভ ছিল কি না?

হা  না  (কোভিড-১৯ টেস্ট পজেটিভ থাকলে এই ফরমের সাথে রিপোর্ট জমা দিন)

আপনি কিংবা আপনার ভ্রমনসঙ্গীদের মধ্যে কেউ কেউ কোভিড-১৯ ভ্যাক্সিন নিয়েছিন কিনা? নিয়ে থাকলেঁ:

১ ম ডোজ নেয়ার তারিখ ..... ২য় ডোজ ডোজ নেয়ার তারিখ .....  
(দিয়ে থাকলে টিকার কার্ডটি দেখান, এবং ফটোকপি জমা দিন)

❖ স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ঘোষনা: আমি এই মর্মে ঘোষনা করছি আমার জানামতে এ সকল তথ্য সত্য।

যাত্রীর স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_ স্বাস্থ্য কর্মকর্তার স্বাক্ষর: \_\_\_\_\_  
হযরত শাহজালাল আন্তর্জাতিক বিমান বন্দর

আইএইচআর, মাইক্রোসফট হেলথ ইমার্জিং-র ইমার্জিং ডিজিজ কন্ট্রোল প্রোগ্রাম, সিডিসি, স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা।  
উপরের অংশ পূরণ করে হেলথ ডেক্সে জমা দিন

-----  
নিচের অংশ পূরণ করে ইমিটেশন ডেক্সে জমা দিন।

যাত্রীর নাম: _____	জন্ম তারিখ: _____
লিঙ্গ: পুরুষ / মহিলা / অন্যান্য	পাসপোর্ট নং: _____
জাতীয়তা: _____	ফ্লাইট নং: _____
আগমনের তারিখ: _____	মোবাইল নং: _____
বাংলাদেশের অবস্থানকালীন ঠিকানা: _____	ইউনিয়ন: _____
জেলা: _____	উপজেলা: _____
গ্রাম/মহল্লা: _____	রাস্তা: _____
যাত্রীর স্বাক্ষর: _____	স্বাস্থ্য কর্মকর্তার স্বাক্ষর: _____
	হযরত শাহজালাল আন্তর্জাতিক বিমান বন্দর

