

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার  
সমাজসেবা অধিদফতর  
এতিম ও প্রতিবন্ধী ছেলেমেয়েদের কারিগরি প্রশিক্ষণ কেন্দ্র  
আশাশুনি, সাতক্ষীরা।

পরিশিষ্ট- 'ক'

সত্যায়িত ছবি  
২ কপি  
(পাসপোর্ট)

বরাবর,  
জেনারেল ম্যানেজার (উপপরিচালক)  
এতিম ও প্রতিবন্ধী ছেলেমেয়েদের কারিগরি প্রশিক্ষণ কেন্দ্র  
আশাশুনি, সাতক্ষীরা।

বিষয়: নিবাসি ভর্তির জন্য আবেদন।

১. প্রার্থীর নাম: (ক) বাংলা.....  
(খ) ইংরেজি.....
২. পিতার নাম:.....
৩. মাতার নাম:.....
৪. স্থায়ী ঠিকানা: গ্রাম/মহল্লা:..... ডাকঘর:.....  
উপজেলা:..... জেলা:.....
৫. বর্তমান ঠিকানা: গ্রাম/মহল্লা:..... ডাকঘর:.....  
উপজেলা:..... জেলা:.....
৬. জন্ম তারিখ:..... বর্তমান বয়স:.....  
জাতীয় পরিচিতি/জন্মনিবন্ধন নম্বর:..... জাতীয়তা:..... ধর্ম:.....  
লিঙ্গ:..... শিক্ষাগত যোগ্যতা:..... রক্তের গ্রুপ:..... মোবাইল নম্বর:.....
৭. অভিভাবকের নাম:..... পেশা:..... মাসিক আয়:.....  
শিক্ষার্থীর সাথে সম্পর্ক:..... ঠিকানা:.....  
..... মোবাইল নম্বর:.....
৮. পিতৃ-মাতৃহীন/পিতৃহীন/মাতৃহীন/দুঃস্থ ও অসহায়: .....
৯. পিতা/মাতার মৃত্যুর তারিখ ..... কারণ:.....
১০. পৈত্রিক সম্পত্তি আছে কি না? ..... থাকলে পরিমাণ:.....
১১. শারিরিক অবস্থা:.....
১২. কোন মারাত্মক অথবা ছোঁয়াছে রোগ আছে কি না যদি থাকে তার বিবরণ:.....
১৩. দরখাস্ত বর্ণিত এতিমের কোন সহোদর ভাই বা বোন ইতি পূর্বে কোন কেন্দ্রে ভর্তি হয়েছে কিনা? হয়ে থাকলে তার বিবরণ:.....
১৪. প্রার্থীর ঘোষণাপত্র: আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি যে, এই আবেদন পত্রে লিখিত সকল বিবরণ সত্য এবং নির্ভুল। আমি অঙ্গীকার করছি যে, কেন্দ্রে ভর্তি হওয়ার পর কেন্দ্রের যাবতীয় বিধি-বিধান ও নিয়ম শৃঙ্খলা মেনে চলব এবং শান্তি-শৃঙ্খলার পরিপন্থী কোন কাজে লিপ্ত হব না। কর্তৃপক্ষের সকল আদেশ নির্দেশ মেনে চলব।
১৫. ট্রেড চয়েজ: (১ম)..... (২য়).....  
(৩য়)..... (৪র্থ).....

অভিভাবকের স্বাক্ষর/টিপ সহি

তারিখ:.....

আবেদনকারীর স্বাক্ষর

১৬. সরকারি প্রতিষ্ঠানের নিবাসি ব্যতীত অন্যান্য প্রতিষ্ঠানের নিবাসির ক্ষেত্রে ইউনিয়ন পরিষদ চেয়ারম্যান/ওয়ার্ড কমিশনারের মতামত:

আবেদনকারীর নাম:.....পিতা:.....মাতা:.....  
গ্রাম/মহল্লা:.....ডাকঘর:.....উপজেলা:.....জেলা:.....

অত্র ইউনিয়ন/ওয়ার্ডের স্থায়ী বাসিন্দা: সে একজন এতিম/প্রতিবন্ধী/দুস্থ ও অসহায় এবং সরকারি খরচে লালন-পালন যোগ্য/যোগ্য নয়।

তারিখ:.....

চেয়ারম্যান/ওয়ার্ড কমিশনার  
(স্বাক্ষর ও সীল)

১৭. সংশ্লিষ্ট প্রতিষ্ঠান প্রধানের মতামত:

তারিখ:.....

সংশ্লিষ্ট প্রতিষ্ঠান প্রধান  
(স্বাক্ষর ও সীল)

১৮. সিভিল সার্জন/উপজেলা স্বাস্থ্য ও পরিবার পরিকল্পনা কর্মকর্তার মতামত:

এই মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, আবেদনকারীর বয়স.....বছর। সে শারীরিকভাবে সুস্থ/অসুস্থ। তার ছোঁয়াছে রোগ আছে/নাই।

সিভিল সার্জন/উপজেলা স্বাস্থ্য ও পরিবার পরিকল্পনা কর্মকর্তা  
(স্বাক্ষর ও সিল)

ভর্তি কমিটির সিদ্ধান্ত: (ক) আবাসিক প্রশিক্ষণার্থী হিসেবে ভর্তি যোগ্য। (খ) ভর্তি যোগ্য নয়। (গ) পরে বিবেচনা করা হবে।

সভাপতি  
ভর্তি কমিটি  
(স্বাক্ষর ও সীল)

সংযুক্ত (কাগজপত্রের বিবরণ):

১।

২।

৩।

৪।

৫।

৬।