

☐ বিভাগীয়/সিটি কর্পোরেশন☐ জেলা পর্যায়☐ উপজেলা পর্যায়বেসরকারি হাসপাতাল/ ক্লিনিক
পরিদর্শন ফরম

অনলাইন রেজিস্ট্রেশন নম্বর: HSM

- ১। প্রতিষ্ঠানের নাম (বাংলা) :
- প্রতিষ্ঠানের নাম (ইংরেজী) :
- ২। ঠিকানা :
- :
- ভৌগলিক অবস্থান : Latitude Longitude
- ৩। মালিকের নাম (একাধিক হলে প্রথম দুই জনের নাম) :
- মালিকগণের জাতীয় পরিচয় পত্র নং :
- ৪। শয্যা সংখ্যা : মোট = সাধারণ + কেবিন
- ৫। হালনাগাদ ট্রেড লাইসেন্স : ☐ আছে ☐ নাই
- ৬। টিআইএন/ই-টিআইএন সনদ : ☐ আছে ☐ নাই
- ৭। ভ্যাট রেজিস্ট্রেশন সনদ : ☐ আছে ☐ নাই
- ৮। পরিবেশ ছাড়পত্র : ☐ আছে ☐ নাই ☐ আবেদিত
- ৯। নারকোটিক ছাড়পত্র : ☐ আছে ☐ নাই ☐ আবেদিত
- ১০। হালনাগাদ বর্জ্য ব্যবস্থাপনা চুক্তি : স্থানীয় সংস্থা (সরকারি/বেসরকারি) এর সঙ্গে বর্জ্য ব্যবস্থাপনা চুক্তি।
- : ☐ আছে ☐ সন ☐ নাই
- ১১। লাইসেন্স ফি এর বিবরণ : টাকার পরিমাণ চালান নং
- তারিখ
- : ভ্যাটের পরিমাণ চালান নং
- তারিখ
- : ব্যাংকের নামঃ..... শাখা.....
- ১২। প্রতিষ্ঠানের ভৌত সুবিধাদি : অন্তঃবিভাগঃ ওয়ার্ড ☐ চিকিৎসক কক্ষ ☐ সেবিকা কক্ষ ☐ টয়লেট ☐
- ☐ নিজস্ব স্থাপনা : জরুরী বিভাগঃ জরুরী কক্ষ ☐ অবজারভেশন কক্ষ ☐ চিকিৎসক কক্ষ ☐ টয়লেট ☐
- ☐ ভাড়া : বহিঃবিভাগঃ চিকিৎসক কক্ষ ☐ রোগীর অপেক্ষমান স্পেস ☐ ল্যাব ☐ টয়লেট ☐
- ☐ লিজ : অন্যান্যঃ অস্ত্রোপচার কক্ষ ☐ পোস্ট অপারেটিভ কক্ষ ☐ লেবার কক্ষ ☐ ভান্ডার কক্ষ ☐
- ☐ অন্যান্য : স্টেরিলাইজার কক্ষ ☐ টয়লেট ☐ পুরুষ ☐ মহিলা ☐ জেনারেটর ☐
- পার্কিং/গ্যারেজ ☐ (বিন্ডিং এর অনুমোদিত নকশা অনুযায়ী)
- ১৩। প্রতিষ্ঠানের মেঝের আয়তন : অন্তঃবিভাগ বহিঃবিভাগ জরুরী বিভাগ
- মোট.....বর্গফুট : কেবিন অস্ত্রোপচার কক্ষ
- আবেদন ও বিধি মোতাবেক:

১৪। বিশেষ সেবার বিবরণ

: ICU ☐ হ্যাঁ ☐ না শয্যা সংখ্যা ☐ চেকলিস্ট ☐ ক্রিটিক্যাল কেয়ার বিশেষজ্ঞের নাম, ডিগ্রী, বিএমডিসি রেজিঃ নং.....: CCU ☐ হ্যাঁ ☐ না শয্যা সংখ্যা ☐ চেকলিস্ট ☐ হৃদরোগ বিশেষজ্ঞের নাম, ডিগ্রী, বিএমডিসি রেজিঃ নং.....: Dialysis ☐ হ্যাঁ ☐ না শয্যা সংখ্যা ☐ চেকলিস্ট ☐ কিডনী বিশেষজ্ঞের নাম, ডিগ্রী, বিএমডিসি রেজিঃ নং.....: NICU ☐ হ্যাঁ ☐ না শয্যা সংখ্যা ☐ চেকলিস্ট ☐ নবজাতক ও শিশু বিশেষজ্ঞের নাম, ডিগ্রী, বিএমডিসি রেজিঃ নং.....

১৫। অস্ত্রোপচার কক্ষের বিবরণ

: শীতাতপ নিয়ন্ত্রিত ☐ ওটি লাইট ☐ ওটি টেবিল ☐ এ্যানেসথেসিয়া মেশিন ☐ সাকার মেশিন ☐ অক্সিজেন সিলিন্ডার ☐ ডায়াথার্মি ☐ রানিং ওয়াটার ☐ ইনস্ট্রুমেন্ট ট্রলি ☐ মেডিসিন ট্রলি ☐ ওয়াসিং কক্ষ ☐ জেনারেটর ☐১৬। বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকদের বিবরণ
মোট সংখ্যাঃ.....জন: বিশেষজ্ঞ ডাক্তারদের ছবি, নিয়োগ ও যোগদানপত্র, বিশেষজ্ঞ সনদ, বিএমডিসি কর্তৃক রেজিস্ট্রেশন দেখুন
☐ সঠিক ☐ সঠিক নাই১৭। কর্তব্যরত ডাক্তারদের বিবরণ
মোট সংখ্যাঃ.....জন: ডাক্তারদের ছবি, নিয়োগ ও যোগদানপত্র, এমবিবিএস সনদ, বিএমডিসি কর্তৃক রেজিস্ট্রেশন দেখুন
☐ সঠিক ☐ সঠিক নাই১৮। নার্সদের বিবরণ
মোট সংখ্যাঃ.....জন: নার্সদের ছবি, নিয়োগ ও যোগদানপত্র, নার্সিং কাউন্সিল কর্তৃক প্রদত্ত সনদ দেখুন
☐ সঠিক ☐ সঠিক নাই১৯। অন্যান্য কর্মকর্তা ও কর্মচারীদের বিবরণ
মোট সংখ্যাঃ.....জন: অন্যান্য কর্মকর্তা ও কর্মচারীদের নাম, ছবি, শিক্ষাগত সনদ, নিয়োগ ও যোগদান/সম্মতিপত্র দেখুন
☐ সঠিক ☐ সঠিক নাই২০। পরিচ্ছন্ন কর্মীদের বিবরণ
মোট সংখ্যাঃ.....জন: পরিচ্ছন্ন কর্মীদের নাম, ছবি, শিক্ষাগত সনদ, নিয়োগ ও যোগদান/সম্মতিপত্র, অভিজ্ঞতা সনদ দেখুন
☐ সঠিক ☐ সঠিক নাই

২১। নিরাপত্তা কর্মীদের বিবরণ

: নিরাপত্তা কর্মীদের নাম, ছবি, শিক্ষাগত সনদ, নিয়োগ ও যোগদান/সম্মতিপত্র, অভিজ্ঞতা সনদ দেখুন
☐ সঠিক ☐ সঠিক নাই২২। তথ্য প্রদানকারী কর্মকর্তার নাম, ছবি, মোবাইল নম্বর প্রদর্শন : ☐ আছে ☐ নাই

২৩। হাসপাতাল বর্জ্য ব্যবস্থাপনার বিবরণ

: কালার কোড অনুযায়ী বিন ব্যবস্থা- ☐ সঠিক ☐ সঠিক নাই

২৪। এ্যাম্বুলেন্স এর বিবরণ

: ☐ আছে ☐ নাই থাকলে সংখ্যা ☐ টি

২৫। রোগী রেজিস্ট্রেশন ব্যবস্থা

: ☐ ম্যানুয়াল ☐ ডিজিটাল/সফটওয়্যার ভিত্তিক

২৬। অনলাইন রিপোর্টিং সিস্টেম

: ☐ আছে ☐ নাই২৭। মান সম্মত সেবার জন্য কোয়ালিটি ইমপ্রুভমেন্ট কমিটি আছে কি? ☐ হ্যাঁ ☐ না কমিটি থাকলে নিয়মিত সভা হয় কি? ☐ হ্যাঁ ☐ না (সভার রেজ্যুলেশন দেখুন)২৮। MCCoD এবং Health-CR Link চালু আছে? ☐ হ্যাঁ ☐ না (প্রমাণক দেখুন)২৯। Hospital Infection Control Committee (ICC) আছে কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ নাউক্ত কমিটি নিয়মিত (প্রতি মাসে) সভা করে কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না (সভার কার্যবিবরণী দেখুন)।

- ৩০। হাসপাতালে সমন্বয় সভা হয় কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না (সভার কার্যবিবরণী দেখুন)।
- ৩১। জরুরী সেবার SOP (Standard Operating Procedure) আছে কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না ব্যবহার হয় কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না
- ৩২। অপারেশন থিয়েটার এর জন্য SOP (Standard Operating Procedure) আছে কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না থাকলে ব্যবহার করা হয় কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না (SOP দেখুন)।
- ৩৩। Labor Room এ SOP (Standard Operating Procedure) আছে কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না থাকলে ব্যবহার করা হয় কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না (SOP দেখুন)। WHO গাইডলাইন অনুসরণ করা হয় কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না
- গত মাসে নরমাল ডেলিভারীর সংখ্যা সিজারিয়ান সেকশন এর সংখ্যা
- ৩৪। নিরাপদ সার্জারির জন্য Safe Surgery Checklist আছে কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না (পূরণকৃত Safe Surgery Checklist দেখুন)।
- ৩৫। Hand wash practice করা হয় কিনা (WHO Guideline অনুযায়ী)? ☐ হ্যাঁ ☐ না (Observe করুন)
- ৩৬। Patient Identification System আছে কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না (Name Tag/Card দেখুন)।
- ৩৭। যক্ষ্মা রোগী সনাক্তকরণ করা হয় কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না
- গত ত্রৈমাসিকে কতজন যক্ষ্মারোগী সনাক্তকরণ ও নোটিফাই করা হয়েছে? জন।
- ৩৮। নিয়মিতভাবে Patient Satisfaction Survey করা হয় কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না (Survey Report দেখুন)।
- ৩৯। অভিযোগ কেন্দ্র/অভিযোগ বাক্স আছে কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না
- ৪০। হেল্প ডেস্ক/সহায়তা কেন্দ্র আছে কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না
- ৪১। সুস্পষ্ট মতামতঃ

৪২। লাইসেন্স এর জন্য সুপারিশ করা হলো? ☐ হ্যাঁ ☐ না

৪৩। তথ্য বিষয়কঃ-

নিম্নবর্ণিত তথ্যসমূহ প্রদান করতে হবে (বিগত অর্থবছর)

Sl	Indicators	Figure	Total Price (Approximate)	Remarks
1.	Number of Outdoor Patient		N/A	
2.	Number of Indoor Patient		N/A	
3.	Number of Emergency Patient		N/A	
4.	Number of Referred Patient		N/A	
5.	Number of deaths due to RTA		N/A	
6.	Number of Neonatal death		N/A	
7.	Number of Infant death		N/A	
8.	Total number of maternal death (all causes)		N/A	
9.	Total number of death due to other causes		N/A	
10.	Number of major surgery			
11.	Number of minor surgery			
12.	Number of Caesarian Section			
13.	Number of Normal Vaginal Delivery			

স্বাক্ষর ও নামসহ অফিসিয়াল সিল
সদস্য সচিব, পরিদর্শন টিম
তারিখঃ

স্বাক্ষর ও নামসহ অফিসিয়াল সিল
সদস্য, পরিদর্শন টিম
তারিখঃ

স্বাক্ষর ও নামসহ অফিসিয়াল সিল
সভাপতি, পরিদর্শন টিম
তারিখঃ

বিশেষ দৃষ্টব্যঃ

- ১) পরিচালক (হাসপাতাল ও ক্লিনিকসমূহ) স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা কর্তৃক পরিদর্শন টিম গঠিত হবে।
- ২) সরকারি চিকিৎসক, টেকনোলজিস্ট ও অন্যান্য কর্মকর্তা-কর্মচারীদেরকে বেসরকারি প্রতিষ্ঠানে স্থায়ী/অস্থায়ী নিয়োগ দেয়া যাবে না।
- ৩) সরকারি চিকিৎসক, টেকনোলজিস্ট ও অন্যান্য কর্মকর্তা-কর্মচারীদেরকে যথাযথ কর্তৃপক্ষের অনুমতি সাপেক্ষে কেবলমাত্র খন্ডকালীন নিয়োগ দেয়া যাবে।
- ৪) প্রতি পৃষ্ঠায় কমিটির সভাপতি ও সদস্যের অনুস্বাক্ষর থাকতে হবে।
- ৫) পরিদর্শন প্রতিবেদনে ভুল/অসম্পূর্ণ তথ্যের জন্য এবং প্রমাণপত্র বিহীন সুপারিশের জন্য পরিদর্শন কমিটি দায়ী থাকবে।

প্রতিষ্ঠান প্রধানের স্বাক্ষরঃ.....তারিখঃ.....মোবাইল নং.....

(ট্রেড লাইসেন্সে উল্লিখিত ব্যক্তি/প্রত্যয়ন প্রাপ্ত ব্যক্তি)

অফিসিয়াল সিল

☐ বিভাগীয়/সিটি কর্পোরেশন☐ জেলা পর্যায়☐ উপজেলা পর্যায়

বেসরকারি প্যাথলজিক্যাল ল্যাব/ডায়াগনস্টিক সেন্টার/মেডিকেল চেক-আপ সেন্টার/ডেন্টাল ক্লিনিক

পরিদর্শন ফরম

- ১। অনলাইন রেজিস্ট্রেশন নম্বর HSM
- ২। প্রতিষ্ঠানের নাম (বাংলা) :
- ৩। প্রতিষ্ঠানের নাম (ইংরেজী) :
- ৪। ঠিকানা :
- ৫। ভৌগলিক অবস্থান : Latitude Longitude
- ৬। মালিকের নাম (একাধিক হলে প্রথম দুই জনের নাম) :
- মালিকগণের জাতীয় পরিচয় পত্র নং :
- ৭। প্রতিষ্ঠানের ধরণ : ক্যাটাগরি ☐ A ☐ B ☐ C ☐ ডেন্টাল ক্লিনিক ☐ মেডিকেল চেক-আপ সেন্টার
- ৮। হালনাগাদ ট্রেড লাইসেন্স : ☐ আছে ☐ নাই
- ৯। টিআইএন/ই-টিআইএন সনদ : ☐ আছে ☐ নাই
- ১০। ভ্যাট রেজিস্ট্রেশন সনদ : ☐ আছে ☐ নাই
- ১১। পরিবেশ ছাড়পত্র : ☐ আছে ☐ নাই ☐ আবেদিত
- ১২। হালনাগাদ বর্জ্য ব্যবস্থাপনা চুক্তি : স্থানীয় সংস্থা (সরকারি/বেসরকারি) এর সঙ্গে বর্জ্য ব্যবস্থাপনা চুক্তি।
: ☐ আছে ☐ সন ☐ নাই
- ১৩। লাইসেন্স ফি এর বিবরণ : টাকার পরিমাণ চালান নং
তারিখ
: ভ্যাটের পরিমাণ চালান নং
তারিখ
: ব্যাংকের নামঃ..... শাখা.....
- ১৪। প্রতিষ্ঠানের মেবোর আয়তন : মূল ল্যাব আল্ট্রাসোনোগ্রাম কক্ষ এক্সরে কক্ষ
মোট.....বর্গফুট (আবেদন ও : সিটি স্ক্যান কক্ষ এমআরআই কক্ষ অন্যান্য
বিধি মোতাবেক)
- ১৫। জৈব সুবিধাদি : অভ্যর্থনা ও তথ্য সংগ্রহ কক্ষ ☐ রোগীর জন্য অপেক্ষমান স্পেস ☐ নমুনা সংগ্রহ কক্ষ ☐
☐ নিজস্ব স্থাপনা : মূল ল্যাব কক্ষ ☐ আল্ট্রাসোনোগ্রাম কক্ষ ☐ এক্সরে কক্ষ ☐ সিটি স্ক্যান কক্ষ ☐
☐ ভাড়া : এমআরআই কক্ষ ☐ রিপোর্ট ডেলিভারি কক্ষ ☐ ওয়াশরুম ☐ ভান্ডার কক্ষ ☐
☐ লিজ ☐ অন্যান্য : জেনারেটর/আইপিএস ☐ টয়লেট পুরুষ ☐ টয়লেট মহিলা ☐
পার্কিং/গ্যারেজ ☐ (বিস্তৃং এর অনুমোদিত নকশা অনুযায়ী)
- ১৬। পরীক্ষা নিরীক্ষার মূল্য তালিকা : টানানো আছে কি না? ☐ হ্যাঁ ☐ না রেজিস্টার এর সাথে সংগতিপূর্ণ কি না? ☐ হ্যাঁ ☐ না

- ১৭। পরীক্ষা নিরীক্ষার সাথে সংশ্লিষ্ট বিশেষজ্ঞ : ক) প্যাথলজিস্ট/হেমাটোলজিস্ট/মেডিকেল বায়োকেমিস্ট/মাইক্রোবায়োলজিস্ট/ক্লিনিক্যাল প্যাথলজিস্ট এর নাম, ডিগ্রী, বিএমডিসি রেজিঃ নং.....
.....
খ) রেডিওলজি বিশেষজ্ঞের নাম, ডিগ্রী, বিএমডিসি রেজিঃ নং.....
.....
- ১৮। রিপোর্ট প্রদানকারীর বিবরণ : বিশেষজ্ঞের নাম, ডিগ্রী, বিএমডিসি রেজিঃ নং.....
.....
- ১৯। মেডিকেল টেকনোলজিস্টদের বিবরণ : মেডিকেল টেকনোলজিস্টদের নাম, ছবি, শিক্ষাগত সনদ, নিয়োগ ও যোগদান/সম্মতিপত্র মোট সংখ্যা.....জন : অভিজ্ঞতা সনদ ☐ সঠিক ☐ সঠিক নাই
- ২০। অন্যান্য কর্মকর্তা ও কর্মচারীদের বিবরণ : অন্যান্য কর্মকর্তা ও কর্মচারীদের নাম, ছবি, শিক্ষাগত সনদ, নিয়োগ ও যোগদান/সম্মতিপত্র মোট সংখ্যা.....জন : অভিজ্ঞতা সনদ- ☐ সঠিক ☐ সঠিক নাই
- ২১। পরিচ্ছন্ন কর্মীদের বিবরণ : পরিচ্ছন্ন কর্মীদের নাম, ছবি, শিক্ষাগত সনদ, নিয়োগ ও যোগদান/সম্মতিপত্র মোট সংখ্যা.....জন : অভিজ্ঞতা সনদ- ☐ সঠিক ☐ সঠিক নাই
- ২২। তথ্য প্রদানকারী কর্মকর্তার নাম, ছবি, মোবাইল নম্বর প্রদর্শন : ☐ আছে ☐ নাই
- ২৩। মেডিকেল বর্জ্য ব্যবস্থাপনার বিবরণ : কালার কোড অনুযায়ী বিন ব্যবস্থা- ☐ সঠিক ☐ সঠিক নাই
- ২৪। রোগী রেজিস্ট্রেশন ব্যবস্থা : ☐ ম্যানুয়াল ☐ ডিজিটাল/সফটওয়্যার ভিত্তিক
- ২৫। অনলাইন রিপোর্টিং সিস্টেম : ☐ আছে ☐ নাই
- ২৬। ল্যাব এর মান সম্মত (Quality Assurance) কার্যক্রম পরিচালনার জন্য নির্ধারিত ব্যক্তি/কোয়ালিটি ম্যানেজার আছে কিনা? : ☐ আছে ☐ নাই (Physically Check করতে হবে)।
- ২৭। ল্যাব টেকনিশিয়ানদের Quality Assurance এর উপর প্রশিক্ষণ আছে কিনা? ☐ আছে ☐ নাই (প্রশিক্ষণ সনদ দেখতে হবে)।
- ২৮। ল্যাব পরীক্ষাসমূহের SOP আছে কিনা? ☐ আছে ☐ নাই এবং ব্যবহার করা হয় কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না (SOP এর কপি জমা দিতে হবে)
- ২৯। ল্যাব Reagent/Sample সংরক্ষণ করার জন্য নিয়ন্ত্রিত তাপমাত্রার Refrigerator আছে কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না
- ৩০। ল্যাব Equipment সমূহের নিয়মিত Calibration করা হয় কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না (Register দেখতে হবে)।
- ৩১। সঠিকভাবে Sample সংগ্রহ এবং কার্যক্রম পরিচালনার নির্দিষ্ট ব্যবহার বিধি আছে কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না (গাইড লাইন দেখতে হবে)।
- ৩২। বিশেষজ্ঞ দ্বারা পরীক্ষার ফলাফল সঠিকভাবে লিপিবদ্ধ এবং Review সহ ফলাফল চূড়ান্ত করা হয় কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না
- ৩৩। রেজিস্ট্রার/কম্পিউটার এ পরীক্ষার ফলাফল Record & Review করা হয় কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না (Record দেখতে হবে)।
- ৩৪। ল্যাব সেবা এর Quality Management System এর জন্য Internal Audit System আছে কিনা? ☐ আছে ☐ নাই (কমিটির সদস্যদের নামসহ)
- ৩৫। Internal Audit System রেজিস্ট্রার/কম্পিউটারে লিপিবদ্ধ আছে কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না (Record দেখতে হবে)।
- ৩৬। প্রতি বৎসর এর Quality Management System Review করা হয় কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না (Record দেখতে হবে)।
- ৩৭। ল্যাব সেবা সম্পর্কিত রোগীদের মতামত জানার জন্য যথাযথ ব্যবস্থা আছে কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না (Client Satisfaction Report দেখতে হবে)।
- ৩৮। ল্যাব এর Record Management System আছে কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না (Register দেখতে হবে)।
- ৩৯। ল্যাব এর Automation আছে কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না
- ৪০। অভিযোগ কেন্দ্র/অভিযোগ বাক্স আছে কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না
- ৪১। হেল্প ডেস্ক/সহায়তা কেন্দ্র আছে কিনা? ☐ হ্যাঁ ☐ না

৪২। সুস্পষ্ট মতামতঃ

৪৩। লাইসেন্স এর জন্য সুপারিশ করা হলো? ☐ হ্যাঁ ☐ না

৪৪। তথ্য বিষয়কঃ-

নিম্নবর্ণিত তথ্যসমূহ প্রদান করতে হবে (বিগত অর্থবছর)

Sl	Indicators	Figure	Total Price (Approximate)	Remarks
1.	Number of X-Ray done			
2.	Number of CT Scan done			
3.	Number of Ultrasonogram done			
4.	Number of Laboratory Test done			

স্বাক্ষর ও নামসহ অফিসিয়াল সিল
সদস্য সচিব, পরিদর্শন টিম
তারিখ.....

স্বাক্ষর ও নামসহ অফিসিয়াল সিল
সদস্য, পরিদর্শন টিম
তারিখ.....

স্বাক্ষর ও নামসহ অফিসিয়াল সিল
সভাপতি, পরিদর্শন টিম
তারিখ.....

- (ক) ক্যাটাগরি- C রুটিন প্যাথলজি, বায়োকেমিস্ট্রি, থাইরয়েড হরমোন টেস্ট, হেমাটোলজি পরীক্ষা, এক্সরে ও আল্ট্রাসোনোগ্রাম।
- (খ) ক্যাটাগরি- B C + হিস্টোপ্যাথলজি, মাইক্রোবায়োলজি, ইমিউনোলজি ও হরমোন পরীক্ষা।
- (গ) ক্যাটাগরি- A B + সিটি স্ক্যান, এমআরআই ও অন্যান্য অত্যাধুনিক পরীক্ষা।

বিশেষ দৃষ্টব্যঃ

- ১) পরিচালক (হাসপাতাল ও ক্লিনিকসমূহ) স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা কর্তৃক পরিদর্শন টিম গঠিত হবে।
- ২) সরকারী চিকিৎসক, টেকনোলজিস্ট ও অন্যান্য কর্মকর্তা-কর্মচারীদেরকে বেসরকারি প্রতিষ্ঠানে স্থায়ী/অস্থায়ী নিয়োগ দেয়া যাবে না।
- ৩) সরকারি চিকিৎসক, টেকনোলজিস্ট ও অন্যান্য কর্মকর্তা-কর্মচারীদেরকে যথাযথ কর্তৃপক্ষের অনুমতি সাপেক্ষে কেবলমাত্র হৃদকালীন নিয়োগ দেয়া যাবে।
- ৪) প্রতি পৃষ্ঠায় কমিটির সভাপতি ও সদস্যের অনুস্বাক্ষর থাকতে হবে।
- ৫) পরিদর্শন প্রতিবেদনে ভুল/অসম্পূর্ণ তথ্যের জন্য এবং প্রমাণপত্র বিহীন সুপারিশের জন্য পরিদর্শন কমিটি দায়ী থাকবে।

প্রতিষ্ঠান প্রধানের স্বাক্ষরঃ.....তারিখঃ.....মোবাইল নং.....

(ট্রেড লাইসেন্সে উল্লিখিত ব্যক্তি/প্রত্যয়ন প্রাপ্ত ব্যক্তি)

অফিসিয়াল সিল