



রোগী কল্যাণ সমিতি
হাসপাতাল সমাজসেবা কার্যালয়
২৫০ শয্যা বিশিষ্ট হাসপাতাল, মৌলভীবাজার।
রেজিস্ট্রেশন নং-মৌলভী-১১৮/৯২
ফোন ৪-০৮৬১-৬৩০৬১



বরাবর
সভাপতি/সাধারণ সম্পাদক
রোগী কল্যাণ সমিতি
২৫০ শয্যা বিশিষ্ট হাসপাতাল, মৌলভীবাজার।

আমি নিম্ন স্বাক্ষরকারী রোগী কল্যাণ সমিতির একজন সাধারণ সদস্য/কার্যকরী সদস্য/আজীবন সদস্য অথবা উপদেষ্টা হিসেবে থাকতে ইচ্ছুক। আমার ব্যক্তিগত তথ্যাবলী নিম্নরূপঃ...

- ১। নামঃ(বাংলায়) :
- (ইংরেজিতে) :
- ২। পিতা/মাতা/স্বামীর নাম :
- ৩। বর্তমান ঠিকানা :
- ৪। স্থায়ী ঠিকানা :
- ৫। জন্ম তারিখ :
- ৫। কর্মস্থল :
- ৬। পেশা :
- ৭। ফোন/মোবাইল নং :
- ৮। অন্যান্য সমাজকল্যাণমূলক কাজের সাথে জড়িত থাকলে বিবরণ :

আবেদনকারীর স্বাক্ষর

উপরোক্ত তথ্যাবলীর প্রেক্ষিতে জনাব.....সদস্য
নং.....কে রোগী কল্যাণ সমিতির একজন সাধারণ সদস্য /কার্যকরী সদস্য/আজীবন সদস্য পদ প্রদান
করা হল।

সাধারণ সম্পাদক

সভাপতি

বিশেষ দ্রষ্টব্য :

- ১। সদস্য ভর্তি ফি ৫০০/- (পাঁচশত) টাকা।
- ২। আজীবন সদস্য ফি ৫০০০/- (পাঁচ হাজার) টাকা।