

ফরম-৭

[বিধি-৪(১)(চ) ও ৫(১)(গ) দ্রষ্টব্য]

কর্মকর্তা-কর্মচারীবৃন্দের ডাক্তারী সনদ

এতদ্বারা প্রত্যয়ন করা যাইতেছে যে, জনাব/বেগম

পিতা/স্বামী.....হোটেলের নাম ও ঠিকানা
.....হোটেল/রেস্তোরাঁ এর
.....পদে কাজ করিবার জন্য উপযুক্ত। স্বাস্থ্য পরীক্ষায় তিনি সংক্রামক বা ছোঁয়ছে
রোগমুক্ত।

কর্মচারীর স্বাক্ষর

সিভিল সার্জন/রেজিস্টার্ড ডাক্তার এর

স্বাক্ষর :

নাম :

তারিখ :

সীল :