

Bangladesh Engineering Industry Owner's Association (BEIOA)

SICIP-BEIOA Program

Supported By: Finance Division, Ministry of Finance, Government of Bangladesh

Office Address: Paradise Bhaban, 2 Folder Street, Wari, Dhaka-1203

Name of Training Institute: Tool & Technology Institute (TTI), BITAC

প্রশিক্ষার্থীদের ভর্তি ফর্ম

- আবেদনকৃত প্রশিক্ষণ কর্মসূচীর নামঃ ☐ Certificate course in PLC
☐ CAD-CAM Design & Programming
☐ CNC Machine Operation

ছবি দুই কপি

১. সাধারণ তথ্যাবলীঃ

নাম :

লিঙ্গঃ পুরুষ ☐ মহিলা ☐

জাতীয় পরিচয় পত্রের নং:
(ফটোকপি সংযুক্ত করুন)

জন্ম সনদ নং:
(জাতীয় পরিচয় পত্র না থাকলে এবং বিশ বছরের নিচে হলে ১৭ সংখ্যার জন্ম নিবন্ধনের ফটোকপি সংযুক্ত করুন)

জন্ম তারিখ (বছর/মাস/দিন) :

পিতার নামঃ

মাতার নামঃ

বর্তমান ঠিকানাঃ

স্থায়ী ঠিকানাঃ

নিজস্ব মোবাইল নং (ব্যাখ্যামূলক) :

ইমেইল (যদি থাকে): মোবাইল ব্যাংক একাউন্ট নং :

২. ব্যক্তিগত তথ্যাবলীঃ

ধর্মঃ নৃতাত্ত্বিক/মাতৃভাষাঃ

শিক্ষান্তরঃ সর্বশেষ শিক্ষাগত যোগ্যতা (সনদ সংযুক্ত করুন) সর্বশেষ শিক্ষাবর্ষ :

আপনার শারীরিক প্রতিবন্ধকতা রয়েছে কি? : হ্যাঁ ☐ না ☐

(যদি থাকে কি ধরনের)

☐ দৃষ্টিগত ☐ চলাফেরায় ☐ শোনার ☐ মানসিক ☐ কথা বলায় ☐ অন্যান্য

৩. পারিবারিক তথ্যাবলীঃ

মাতার শিক্ষাগত যোগ্যতাঃ	মাতার পেশাঃ
পিতার শিক্ষাগত যোগ্যতাঃ	পিতার পেশাঃ
ভাইয়ের সংখ্যাঃ	বোনের সংখ্যাঃ
নিজের মাসিক আয়ঃ	পিতার বার্ষিক আয়ঃ
পিতার/ভাই-বোন/বন্ধুবান্ধবের মোবাইল নং :	
আপনার নিজস্ব বাড়ি আছে কি/না? : হ্যাঁ ☐ না ☐	
আপনার নিজস্ব জমি আছে কি/না? : হ্যাঁ ☐ না ☐	
আপনি কি বর্তমানে কর্মরত? : হ্যাঁ ☐ না ☐ অভিজ্ঞতা (যদি থাকে) বছর	
বর্তমান কর্মস্থলের নাম, ঠিকানা ও ফোন নং (যদি থাকে).....	
..... পদবী বেতন	

৪. অঙ্গীকারনামাঃ

(ক) আমি এই মর্মে অঙ্গীকার করছি যে, ভর্তি আবেদন ফরমে দেওয়া সকল তথ্য সঠিক।

(খ) প্রশিক্ষণ শেষে সংশ্লিষ্ট শিল্প ভিত্তিক প্রতিষ্ঠানে কাজ করার জন্য আমি আমার ইচ্ছা প্রকাশ করছি।

(গ) বাংলাদেশ সরকারের অর্থায়নে পরিচালিত SICIP PROGRAM এর অধীনে অন্য কোন বিষয়ে প্রশিক্ষণের সুযোগ নিতে পারবো না।

প্রশিক্ষণার্থীর স্বাক্ষর	অভিভাবকের স্বাক্ষর	তারিখ
--------------------------	--------------------	-------

অফিসের ব্যবহারের জন্য

উল্লেখিত সকল তথ্যাদি যাচাই করা হয়েছে এবং এই প্রশিক্ষণার্থীকে ভর্তি করা যেতে পারে।

সহঃ প্রশিক্ষকের স্বাক্ষর	প্রধান প্রশিক্ষকের স্বাক্ষর	সেন্টার ইন-চার্জের স্বাক্ষর
নামঃ	নামঃ	নামঃ
তারিখ	তারিখঃ	তারিখঃ