



চিকিৎসা সাহায্য/চিকিৎসা ব্যয় প্রত্যাপনের আবেদন ফরম

সচিব

বাংলাদেশ বিশ্ববিদ্যালয় মঞ্জুরী কমিশন

আগারগাঁও, ঢাকা-১২০৭।

মাধ্যমঃ যথাযথ কর্তৃপক্ষ।

জনাব,

আমি নিম্ন স্বাক্ষরকারী কমিশনের চিকিৎসা তহবিল থেকে আর্থিক সাহায্যের/চিকিৎসা ব্যয় প্রত্যাপনের জন্য আবেদন করছি। এ সংক্রান্ত প্রয়োজনীয় তথ্যাদি নিম্নে উপস্থাপন করা হলোঃ

১। কর্মকর্তা/কর্মচারীর নামঃ..... পদবীঃ.....

বিভাগ/দপ্তর/শাখাঃ..... কমিশনে যোগদানের তারিখঃ.....

বর্তমান বেতনস্কেলঃ..... মূলবেতনঃ.....

২। পরিবারের সদস্য সংখ্যা :

৩। যার জন্য সাহায্য চাওয়া হচ্ছে : নিজ/পরিবারের

পরিবারের সদস্য হলে- নামঃ বয়সঃ..... পেশাঃ সম্পর্ক :.....

৪। রোগ এবং চিকিৎসার বিবরণ :

.....

.....

.....

.....

৫। চিকিৎসা-ব্যয়ের বিবরণ : (মূল ভাউচার অবশ্যই সংযুক্ত করতে হবে এবং প্রতিটি ভাউচারে ক্রমিক নম্বর প্রদান করতে হবে)

ক্রমিক নং	খরচের খাত	ভাউচার নম্বর		ব্যয়
		থেকে	পর্যন্ত	
০১	চিকিৎসকের ফি			
০২	প্যাথলজি টেস্ট			
০৩	ঔষধ দ্রব্য			
০৪	অপারেশন			
০৫	বেড ভাড়া			
০৬	বিবিধ (উল্লেখ করুন)			
সর্বমোট ব্যয়িত অর্থ =				

কথায়ঃ (.....)

৬। এ পর্যন্ত চিকিৎসা সাহায্যের পরিমাণঃ টাকায়..... কথায়ঃ.....

(আবেদনকারীর স্বাক্ষর ও তারিখ)