



বাংলাদেশ মেডিক্যাল বিশ্ববিদ্যালয়

Bangladesh Medical University
শাহবাগ, ঢাকা, বাংলাদেশ

বরাবর

তারিখঃ

/

/২০

খ্রিঃ

রেজিস্ট্রার

বাংলাদেশ মেডিক্যাল বিশ্ববিদ্যালয়।

শাহবাগ, ঢাকা-১০০০।

বিষয়ঃ চিকিৎসা সেবা বই/Health Card প্রাপ্তির জন্য আবেদন।

মাধ্যমঃ যথাযথ কর্তৃপক্ষ।

জনাব,

বিনীত নিবেদন এই যে, আমি নিম্ন স্বাক্ষরকারী এই বিশ্ববিদ্যালয়ে শিক্ষার্থী হিসেবে অধ্যয়নরত আছি। বিশ্ববিদ্যালয়ের চিকিৎসা সেবা বই/Health Card প্রাপ্তির নিমিত্ত নিম্নে আমার প্রয়োজনীয় তথ্যাদি সমূহ প্রদান করছি।

অতএব, আমাকে চিকিৎসা সেবা বই/Health Card প্রদানে সদয় মর্জি হয়।

১. নাম (বাংলা) :-----

ইংরেজী (বড় হাতের অক্ষর) :-----

২. পদবী (✓) চিহ্ন দিন : ☐ রেসিডেন্ট ☐ নন-রেসিডেন্ট ☐ ডিপ্লোমা ☐ নার্সিং ☐ অন্যান্য

৩. বিভাগ ও কোর্সের নাম :-----

৪. বিশ্ববিদ্যালয়ে যোগদানের তারিখ :-----

৫. পি.ডি.এস নম্বর :-----

৬. মোবাইল নম্বর :-----

৮. ব্যাংকে টাকা জমার রশিদ : রেজিস্ট্রার, বিএমইউ, হিসাব নং STD-430, পূবালী ব্যাংক লিঃ শাহবাগ
এভিনিউ শাখায় ১০০/- (একশত) টাকা জমা প্রদানের রশিদ।
ফ্রন্ট নং ব্যাচ/ক্রঃ নং

উপরোক্ত সকল তথ্যাদি সঠিক এই মর্মে আমি অঙ্গিকার করছি। তথ্যাদি ভুল বা মিথ্যা প্রমানিত হলে কর্তৃপক্ষ বিশ্ববিদ্যালয়ের বিধি মোতাবেক আমার বিরুদ্ধে প্রশাসনিক ব্যবস্থা গ্রহণ করতে পারবেন।

বিঃ দ্রঃ বিশ্ববিদ্যালয় কর্তৃপক্ষ কারণ দর্শানো ছাড়াই আবেদন পত্র বাতিলের ক্ষমতা সংরক্ষণ করে।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর ও তারিখ

বিভাগীয় প্রধানের স্বাক্ষর ও সীল

সংযুক্তিঃ

১. ভর্তির প্রমান পত্র।

২. বিশ্ববিদ্যালয় কর্তৃক প্রদত্ত প্রজ্ঞাপন এর ১ম, ২য় পাতা প্রার্থীর নামের পাতা ও শেষ পাতা। (সরকারী ও বেসরকারী সবার জন্য প্রযোজ্য)।

৩. সরকারী হলে ডেপুটেশন প্রজ্ঞাপনের ১ম পাতা, প্রার্থীর নামের পাতা ও শেষ পাতা।

৪. ব্যাংক জমা রশিদ। (ব্যাংকে ১০০/- টাকা জমা দিতে হবে।)