



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, আমার স্বামী/স্ত্রী----- এই বিশ্ববিদ্যালয়ে শিক্ষক/চিকিৎসক/কর্মকর্তা/নার্স/৩য় শ্রেণী কর্মচারী/৪র্থ শ্রেণী কর্মচারী হিসেবে----- বিভাগে কর্মরত ছিল। তিনি অবসর প্রাপ্ত/মৃত্যু বরণ করায় বিশ্ববিদ্যালয়ের চিকিৎসা সেবা বই/Health Card প্রাপ্তির নিমিত্ত নিম্নে পোষ্য হিসেবে আমার স্বামী/স্ত্রী 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 :-----

৩. অফিস/ বিভাগ/ শাখা/ সেল :-----

৪. বিশ্ববিদ্যালয়ে যোগদানের তারিখ :-----

৫. পি.ডি.এস নম্বর :-----

৬. চাকুরীর ধরন : নিয়মিত/স্থায়ী

৭. 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।

স্ক্রল 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, তারিখ ও সীল

সংযুক্তিঃ

১. অবসর প্রাপ্ত/পিআরএল অফিস আদেশ। (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)।
২. মৃত্যু সনদ (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)।
৩. ব্যাংক জমা রশিদ। (ব্যাংকে ১০০/- টাকা জমা দিতে হবে।)