

২৫-

পরিশিষ্ট-খ

হজ স্বাস্থ্য সেবা দলে অন্তর্ভুক্তির জন্য আবেদনের নমুনা ফরম

পাসপোর্ট	
সাইজের	এক
কপি	ছবি
সংযুক্ত	করতে
হবে	

- ১। নাম :
- ২। পদবী :
- ৩। কোড নং (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) :
- ৪। রেজিস্ট্রেশন নম্বর (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে) :
- ৫। জাতীয় পরিচয় পত্র নং :
- ৬। পাসপোর্ট নং ও মেয়াদোত্তীর্ণের তারিখ :
- ৭। জন্ম তারিখ :
- ৮। পিতার নাম :
- ৯। মাতার নাম :
- ১০। বর্তমান ঠিকানা (কর্মস্থল) :
- ১১। স্থায়ী ঠিকানা :
- ১২। জরুরী প্রয়োজনে যোগাযোগ  
(ক) নাম ও সম্পর্ক :  
(খ) মোবাইল নম্বর :
- ১৩। ইতঃপূর্বে সরকারি অর্থায়নে হজ করেছেন কিনা : হ্যাঁ/ না  
(ক) প্রশাসনিক দল/হজ চিকিৎসক দল/হজ চিকিৎসক সহায়তা দল :  
(খ) বছর/ সাল :
- ১৪। আবেদনকারীর অনুপস্থিতিতে বিকল্প দায়িত্ব পালনকারীর নাম, পদবী :
- ১৫। আবেদনকারীর তারিখসহ স্বাক্ষর
- ১৬। আবেদনকারীর শারীরিক সুস্থতা সংক্রান্ত প্রত্যয়ন :
- ১৭। স্থানীয় নিয়ন্ত্রণকারী কর্তৃপক্ষের সুপারিশসহ স্বাক্ষর ও তারিখ :