

মেডিকেল সেন্টার তালিকাভুক্তির আবেদন

- ১। আবেদনকারীর নাম :
 - ২। পিতার নাম :
 - ৩। মাতার নাম :
 - ৪। স্থায়ী ঠিকানা :
 - ৫। বর্তমান ঠিকানা :
 - ৬। শিক্ষাগত যোগ্যতা :
 - ৭। জন্ম তারিখ :
 - ৮। পেশা :
 - ৯। মেডিকেল সেন্টারের নাম :
 - ১০। মেডিকেল সেন্টারের ঠিকানা :
 - ১১। স্বাস্থ্য অধিদপ্তর কর্তৃক প্রদত্ত লাইসেন্স নম্বর ও তার মেয়াদকাল (লাইসেন্সের সত্যায়িত কপি সংযুক্ত করতে হবে):
 - ১২। বাংলাদেশ আণবিক শক্তি কমিশন কর্তৃক প্রদত্ত এক্সরে ইউনিটের লাইসেন্সের বিবরণ (লাইসেন্সের সত্যায়িত কপি সংযুক্ত করতে হবে):
 - ১৩। মেডিকেল সেন্টারের জনবলের শিক্ষাগত যোগ্যতাসহ বিবরণ (নিয়োগপত্রের সত্যায়িত কপি সংযুক্ত করতে হবে):
 - ১৪। মেডিকেল সেন্টারের বিভিন্ন কক্ষের বর্ণনা (লে-আউট সংযোজন করতে হবে):
 - ১৫। মেডিকেল সেন্টারের বিভিন্ন যন্ত্রপাতির বিবরণ (প্রয়োজনে আলাদা কাগজ ব্যবহার করা যাবে):
 - ১৬। Clinical waste disposal সুবিধার বর্ণনা এবং সনদ (সনদের সত্যায়িত কপি সংযোজন করতে হবে):
 - ১৭। মেডিকেল সেন্টারে বিদেশে গমনেচ্ছু কর্মীদের স্বাস্থ্য পরীক্ষা সংক্রান্ত নীতিমালা (সংশোধিত), ২০২২ -এ বর্ণিত স্বাস্থ্য পরীক্ষার (Test) সুবিধাদি আছে কিনা (সুবিধাদির বিস্তারিত বর্ণনা করতে হবে। প্রয়োজনে আলাদা কাগজ ব্যবহার করা যাবে):
- আমি দৃঢ়ভাবে জানাচ্ছি যে, উপরে বর্ণিত সকল তথ্য সঠিক। আমি সরকারের সকল নিয়ম-কানুন প্রতিপালন করে মেডিকেল সেন্টারের কার্যক্রম পরিচালনা করতে বাধ্য থাকব।

আবেদনকারীর নাম ও স্বাক্ষর