

চাকরির আবেদন ফরম

বরাবর

অধ্যক্ষ

শহীদ তাজ উদ্দীন আহমদ মেডিকেল কলেজ,
গাজীপুর

৫×৫ সে.মি.

ছবি
(সম্প্রতি তোলা,চার কপি)

১.	পদের নাম:																	
২.	বিজ্ঞপ্তির নম্বর:						তারিখ:											
৩.	প্রার্থীর নাম:																	
৪.	জাতীয় পরিচয় নম্বর:																	
৫.	জন্ম তারিখ:																	
৬.	জন্মস্থান (জেলা):																	
৭.	বিজ্ঞপ্তিতে উল্লেখিত তারিখে প্রার্থীর বয়স:				বছর				মাস				দিন					
৮.	মাতার নাম:																	
৯.	পিতার নাম:																	
১০.	ঠিকানা:																	
১১.	যোগাযোগ:						মোবাইল/টেলিফোন নম্বর						ই-মেইল (যদি থাকে)					
১২.	জাতীয়তা:						১৩. জেভার:						১৪. পেশা:					
১৬.	শিক্ষাগত যোগ্যতা																	
১৭.	অতিরিক্ত যোগ্যতা (যদি থাকে):																	
১৮.	অভিজ্ঞতার বিবরণ (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে):																	
১৯.	চালান/ব্যাক ড্রাফট/পে-অর্ডার নম্বর:						তারিখ:											
১৯.	ব্যাক ও শাখার নাম:																	

আমি এ মর্মে অঙ্গীকার করছি যে, ওপরে বর্ণিত তথ্যাবলি সম্পূর্ণ সত্য। মৌখিক পরীক্ষার সময় উল্লিখিত তথ্য প্রমাণের জন্য সকল মূল সার্টিফিকেট ও রেকর্ডপত্র উপস্থাপন করব। কোন তথ্য অসত্য প্রমাণিত হলে আইনানুগ শাস্তি ভোগ করতে বাধ্য থাকব।

তারিখ: দি ন মা স ব ৫ স র

প্রার্থীর স্বাক্ষর