



বাংলাদেশ হোমিওপ্যাথি বোর্ড

বাড়ী # ১৬, রোড # ১/এ, নিকুঞ্জ-২
খিলক্ষেত, ঢাকা-১২২৯।

www.homoeopathicboardbd.org

দুই কপি
পার্সপোর্ট
সাইজের ছবি।

হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসক রেজিস্ট্রেশন নবায়ন ফরম

বরাবর

রেজিস্ট্রার

বাংলাদেশ হোমিওপ্যাথি বোর্ড

বিষয় : চিকিৎসক রেজিস্ট্রেশন সনদ নং, তারিখ : নবায়ন প্রসঙ্গে।

মহোদয়,

“দি বাংলাদেশ হোমিওপ্যাথিক প্র্যাকটিশনার্স অর্ডিন্যান্স-১৯৮৩” অনুযায়ী একজন চিকিৎসক প্র্যাকটিশনার হিসেবে উল্লিখিত রেজিস্ট্রেশন নম্বর ও তারিখ অনুযায়ী আমি চিকিৎসক রেজিস্ট্রেশন সনদ প্রাপ্ত হই, যার মূল কপি এতদসঙ্গে সংযুক্ত করে নবায়নের পরবর্তী ব্যবস্থা গ্রহণার্থে আপনার বরাবর প্রেরণ করলাম। নিম্নে আমার প্রয়োজনীয় হালনাগাদ তথ্যাদি পেশ করলাম।

- ১। নাম :
Name :
- ২। পিতার নাম :
Father's Name :
- ৩। মাতার নাম :
Mother's Name :
- ৪। বর্তমান ঠিকানা :
- ৫। স্থায়ী ঠিকানা : গ্রাম :, ডাকঘর :
থানা :, জেলা :
- ৬। চিকিৎসা পেশার স্থান ও ঠিকানা :
- ৭। আবেদন পত্রের সাথে দাখিলকৃত ব্যাংক ড্রাফট/পে-অর্ডার এর বিবরণ :
পে-অর্ডার/ব্যাংক ড্রাফট নং :, তারিখ :, টাকার পরিমাণ :
ব্যাংকের নাম :, শাখা :

আমি অঙ্গীকার করছি যে, উপরোল্লিখিত সকল তথ্য ও বিবরণ আমার জ্ঞান ও বিশ্বাস অনুসারে সম্পূর্ণ সত্য এবং সঠিক। আমি কোন বিষয় গোপন অথবা মিথ্যা তথ্য প্রদান করি নাই এবং “দি বাংলাদেশ হোমিওপ্যাথিক প্র্যাকটিশনার্স অধ্যাদেশ-১৯৮৩” এর বিধি-বিধান ও বোর্ড/সরকার কর্তৃক প্রদত্ত অন্যান্য সকল নিয়ম-কানুন আমি মেনে চলতে বাধ্য থাকব।

তারিখ :

আবেদনকারীর পূর্ণ নাম ও স্বাক্ষর

সংযুক্তি :

- (১) ব্যাংক ড্রাফট/পে-অর্ডার/ডিডি নং, তারিখ :, ব্যাংক এর মূল কপি।
- (২) চিকিৎসক রেজিস্ট্রেশন সনদ নং, তারিখ : এর মূল কপি।
- (৩) সদ্যতোলা ২(দুই) কপি রঙ্গীন সত্যায়িত ছবি।

বিশেষ দৃষ্টব্য :

চিকিৎসক রেজিস্ট্রেশন সনদ নবায়ন বাবদ প্রতি ৫(পাঁচ) বছরের জন্য নির্ধারিত ফি-১,০০০/- (এক হাজার) টাকা হারে পে-অর্ডার/ব্যাংক ড্রাফট রেজিস্ট্রার, বাংলাদেশ হোমিওপ্যাথি বোর্ড এর অনুকূলে আবেদন পত্রের সাথে দাখিল করতে হবে।

বোর্ড কার্যালয়ের ব্যবহারের জন্য

চিকিৎসক রেজিস্ট্রেশন সনদ নবায়ন বাবদ আবেদন পত্রের সাথে সংযুক্তি টাকার পে-অর্ডার/ব্যাংক ড্রাফট বোর্ডের হিসাব শাখায় গৃহীত হ'ল।

হিসাব রক্ষক

গ্রহণকারীর স্বাক্ষর