Palli Karma-Sahayak Foundation (PKSF)

SICIP-PKSF Program

Supported By: Finance Division, Ministry of Finance, Government of Bangladesh

Name of Training Institute: **IDF Technical Institute**

Satkania, Chattogram

ছবি (দুই কপি)

প্রশিক্ষণার্থীদের ভর্তি ফরম

আবেদনকৃত প্রশিক্ষণ অকুপেশনের নাম: ----------

১.সাধারণ তথ্যাবলী :

নাম : ----------

লিঙ্গ : পুরুষ ☐ মহিলা ☐

জাতীয় পরিচয় পত্রের নং: ----------

(ফটোকপি সংযুক্ত করুন)

জন্ম সনদ নং: ----------

(জাতীয় পরিচয়পত্র না থাকলে এবং বয়স বিশ বছরের নীচে হলে ১৭ সংখ্যার জন্ম নিবন্ধনের ফটোকপি সংযুক্ত করুন)

জন্ম তারিখ (বছর/মাস/দিন) ----------

পিতার নাম: ----------

মাতার নাম: ----------

বর্তমান ঠিকানা: ----------

স্থায়ী ঠিকানা: ----------

নিজস্ব মোবাইল নং (বাধ্যতামূলক) ----------

ই-মেইল (যদি থাকে): ----------

২.ব্যক্তিগত তথ্যাবলী:

ধর্ম : ---------- ক্ষুদ্র নৃগোষ্ঠীর নাম: ----------

শিক্ষাস্তর: সর্বশেষ শিক্ষাগত যোগ্যতা (সনদ সংযুক্ত করুন) ---------- সর্বশেষ শিক্ষাবর্ষ ----------

আপনার শারীরিক প্রতিবন্ধকতা রয়েছে কি? : হ্যাঁ ☐ না ☐

(যদি থাকে কি ধরনের)

☐ দৃষ্টিগত ☐ চলাফেরায় ☐ শোনার ☐ মানসিক ☐ কথা বলায় ☐ অন্যান্য

৩. পারিবারিক তথ্যাবলী:

মাতার শিক্ষাগত যোগ্যতা: _____ মাতার পেশা: _____

পিতার পেশা: _____ পিতার শিক্ষাগত যোগ্যতা: _____

ভাইয়ের সংখ্যা _____ বোনের সংখ্যা _____

নিজের মাসিক আয় _____ পিতার বার্ষিক আয় _____

পিতার/ভাই-বোন/বন্ধুবান্ধবের মোবাইল নং: _____

আপনার নিজস্ব বাড়ি আছে কি/না? : হ্যাঁ ☐ না ☐

আপনার নিজস্ব জমি আছে কি/না? : হ্যাঁ ☐ না ☐

আপনি কি বর্তমানে কর্মরত ? : হ্যাঁ ☐ না ☐ অভিজ্ঞতা (যদি থাকে)_____বছর

বর্তমান কর্মস্থলের নাম, ঠিকানা ও ফোন নং (যদি থাকে) _____

_____ পদবী _____ বেতন _____

৪.অঙ্গীকারনামা :

(ক) আমি এই মর্মে অঙ্গীকার করছি যে, ভর্তি আবেদন ফরমে দেয়া সকল তথ্য সঠিক

(খ) প্রশিক্ষণ শেষে সংশ্লিষ্ট শিল্প ভিত্তিক প্রতিষ্টানে কাজ করার জন্য আমি আমার ইচ্ছা প্রকাশ করছি।

*(গ) বাংলাদেশ সরকারের অর্থায়নে পরিচালিত **SICIP PROGRAM** এর অধীনে অন্য কোন বিষয়ে প্রশিক্ষণের সুযোগ নিতে পারবো না।*

প্রশিক্ষণার্থীর স্বাক্ষর	অভিভাবকের স্বাক্ষর	তারিখ

অফিসের ব্যবহারের জন্য

উল্লেখিত সকল তথ্যাদি যাচাই করা হয়েছে এবং এই প্রশিক্ষনার্থীকে ভর্তি করা যেতে পারে।

সহ: প্রশিক্ষকের স্বাক্ষর নামঃ তারিখঃ	প্রধান প্রশিক্ষকের স্বাক্ষর নামঃ তারিখঃ	সেন্টার ইনচার্জ স্বাক্ষর নামঃ তারিখঃ