



আবেদনকারীর তথ্যাবলী (প্রতিবন্ধী ব্যক্তি ব্যতীত তার মাতা, পিতা, বৈধ বা আইনানুগ অভিভাবক বা প্রতিবন্ধী ব্যক্তির সংগঠন কর্তৃক আবেদনের ক্ষেত্রে):

১। ব্যক্তি/সংগঠনের নাম:----- পিতা/স্বামীর নাম:-----

৩। মাতার নাম:-----

৪। জাতীয় পরিচিতি নম্বর: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

৫। প্রতিবন্ধী ব্যক্তির সাথে সম্পর্ক:----- ঠিকানা:-----

৭। মোবাইল নম্বর:-----

এই ফরমে বর্ণিত সকল তথ্য আমার জ্ঞান ও বিশ্বাস মতে সম্পূর্ণ সত্য

আবেদনকারীর নাম:-----

\

মোবাইল নম্বর:-----

স্বাক্ষর/টিপসহি

## চিকিৎসকের প্রত্যয়ন

জনাব/বেগম ----- কে পরীক্ষা করা হয়েছে। তার রক্তের গুণ-----।

তিনি ----- প্রতিবন্ধী এবং তার প্রতিবন্ধীতার মাত্রা -----।

চিকিৎসকের নাম:----- পদবী:-----

কর্মস্থলের নাম:----- BMDC রেজিস্ট্রেশন নম্বর:-----

মোবাইল নম্বর:----- স্বাক্ষর:-----

তারিখ:----- দাপ্তরিক সিল:-----