

# কোভিড-১৯ ভ্যাক্সিন ম্যানেজমেন্ট সিস্টেম “সুরক্ষা” তে তথ্য সংশোধনের আবেদন ফর্ম

আবেদন গ্রহণ নং- ...../.....

তারিখঃ .../.../...

বরাবর,

প্রোগ্রামার / জেলা আইসিটি অফিসার,

তথ্য ও যোগাযোগ প্রযুক্তি অধিদপ্তর,

.....।

**বিষয়ঃ “সুরক্ষা” সিস্টেমে তথ্য সংশোধনের আবেদন।**

জনাব,

আমি নিম্ন স্বাক্ষরকারী ..... যার মোবাইল

নাম্বার..... জাতীয় পরিচয়পত্র/ পাসপোর্ট নাম্বার-.....

নিম্নের তথ্য সংশোধন করতে ইচ্ছুক।

যে তথ্য সংশোধন করতে ইচ্ছুক তার পাশে টিক চিহ্ন দিনঃ

| ক্রম নং | <input type="checkbox"/> সংশোধনের ধরন (জাতীয় পরিচয়পত্র) অনুসারে | <input type="checkbox"/> সংশোধনের ধরন (পাসপোর্ট) অনুসারে       |
|---------|---|--|
| ০১      | <input type="checkbox"/> মোবাইল নাম্বার                           | <input type="checkbox"/> মোবাইল নাম্বার                        |
| ০২      | <input type="checkbox"/> ১ম ডোজ ভ্যাক্সিন গ্রহণের তারিখ           | <input type="checkbox"/> ১ম ডোজ ভ্যাক্সিন গ্রহণের তারিখ        |
| ০৩      | <input type="checkbox"/> ১ম ডোজ ভ্যাক্সিনের নাম                   | <input type="checkbox"/> ১ম ডোজ ভ্যাক্সিনের নাম                |
| ০৪      | <input type="checkbox"/> পাসপোর্ট নাম্বার                         | <input type="checkbox"/> ২য় ডোজ ভ্যাক্সিন গ্রহণের তারিখ       |
| ০৫      | <input type="checkbox"/> ২য় ডোজ ভ্যাক্সিন গ্রহণের তারিখ          | <input type="checkbox"/> ২য় ডোজ ভ্যাক্সিনের নাম               |
| ০৬      | <input type="checkbox"/> ২য় ডোজ ভ্যাক্সিনের নাম                  | <input type="checkbox"/> টিকা গ্রহীতার নাম                     |
| ০৭      | <input type="checkbox"/> জাতীয় পরিচয়পত্র অনুযায়ী নাম           | <input type="checkbox"/> টিকা গ্রহীতার জন্মতারিখ               |
| ০৮      | <input type="checkbox"/> জাতীয় পরিচয়পত্র অনুযায়ী জন্মতারিখ     | <input type="checkbox"/> লিঙ্গ                                 |
| ০৯      | <input type="checkbox"/> লিঙ্গ                                    | <input type="checkbox"/> পাসপোর্ট নাম্বার পরিবর্তন অথবা সংশোধন |
| ১০      | <input type="checkbox"/> কেন্দ্র পরিবর্তন                         | <input type="checkbox"/> কেন্দ্র পরিবর্তন                      |
| ১১      | <input type="checkbox"/> অন্যান্যঃ.....।                          | <input type="checkbox"/> অন্যান্যঃ.....।                       |

এমতাবস্থায়, উপরোক্ত তথ্য সংশোধনের জন্য বিনীত অনুরোধ করছি।

সংযুক্তিঃ

টিকা কার্ড এর কপি

জাতীয় পরিচয় পত্রের কপি (নতুন/পুরাতন)

পাসপোর্ট এর কপি (নতুন/পুরাতন)

কোভিড-১৯ ভ্যাক্সিন সার্টিফিকেট এর কপি

অন্যান্য.....।

(আবেদনকারীর স্বাক্ষর) ও তারিখঃ

আবেদনকারীর নামঃ

মোবাইল নাম্বার-

ই-মেইল (যদি থাকে)-

(অফিসের জন্য পূরণীয়)

আবেদন গ্রহণ নং- ...../.....

আবেদনের তারিখঃ.....

আবেদনকারীর নামঃ.....

আবেদন গ্রহণকারীর স্বাক্ষর

নামঃ

পদবীঃ