(পাসপোর্ট সাইজের সম্প্রতি তোলা ০২ কপি ছবি)

# প্রশিক্ষণ আবেদন ফরম

বরাবর
প্রকল্প পরিচালক
অর্থনৈতিক ক্ষমতায়নে নারী উদ্যোক্তাদের বিকাশ সাধন প্রকল্প (৩য় পযার্য়)
জাতীয় মহিলা সংস্থা , ১৪৫ নিউ বেইলী রোড, ঢাকা।

**ক্রমিক নং:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ১. | প্রশিক্ষণ কেন্দ্রের নাম: | | |
| ২. | **প্রশিক্ষণ ট্রেডের নাম:** | | |
| ৩. | প্রার্থীর নামঃ | বাংলায়ঃ | |
| | | ইংরেজিতে (বড় অক্ষরে)ঃ | |
| ৪. | জাতীয় পরিচয় নম্বরঃ | | যে কোন একটি |
| | জন্ম নিবন্ধন নম্বরঃ | | |
| ৫. | জন্ম তারিখঃ | দি ন মা স ব ৎ স র | ৬. প্রার্থীর বয়সঃ |
| | | | ৭. জন্মস্থান (জেলা) বা নিজ জেলাঃ |
| ৮. | মাতার নামঃ | (বাংলা) : | ইংরেজিতে : |
| ৯. | পিতার নামঃ | (বাংলা): | ইংরেজিতে : |
| ১০. | স্বামীর নামঃ | | অভিভাবকের নাম: |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ১১. | ঠিকানাঃ | বর্তমান | স্থায়ী |
| | বাসা ও সড়ক (নাম/নম্বর)ঃ | | |
| | গ্রাম/পাড়া/মহলস্নাঃ | | |
| | ইউনিয়ন/ওয়ার্ডঃ | | |
| | উপজেলাঃ | | |
| | জেলাঃ | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ১২. | মোবাইল/টেলিফোন নম্বরঃ | | ই-মেইল (যদি থাকে)ঃ |
| ১৩. | জাতীয়তাঃ | ১৪. | পেশাঃ |
| ১৫. | শিক্ষাগত যোগ্যতাঃ | ১৬. | বৈবাহিক অবস্থাঃ |
| ১৭. | প্রতিবন্ধী হলে ধরনে (টিক দিন): শারিরীক প্রতিবন্ধী/ দৃষ্টি প্রতিবন্ধী / শ্রবণ প্রতিবন্ধী/ বাক প্রতিবন্ধী/ বৃদ্ধ প্রতিবন্ধী/ বহুবিধ প্রতিবন্ধী । | | |
| ১৮. | কোন সরকারী প্রশিক্ষণ কেন্দ্রে /প্রকল্পের আওতায় কোন কোর্স করেছেন কিনা : হ্যাঁ / না ( হ্যাঁ হলে কোর্সের নাম, প্রতিষ্ঠানের নাম ও সময় কাল লিখুন) | | |
| ১৯. | কোন সময় প্রশিক্ষণ নিতে ইচ্ছুক (টিক দিন) | সকাল ☐ | বিকাল ☐ |

আমি এ মর্মে অঙ্গীকার করছি যে, উপরে বর্ণিত তথ্যাবলি সম্পূর্ণ সত্য। কোন তথ্য অসত্য প্রমাণিত হলে আইনানুগ শাসিত্ম ভোগ করতে বাধ্য থাকব এবং অনিবার্যকারণবশত ৭ (সাত) দিনের বেশী অনুপস্থিত থাকলে যাতায়াত ভাতা বা সনদ দাবি করিব না।

| তারিখঃ | দি | ন | মা | স | ব | ৎ | স | র |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

প্রার্থীর স্বা ক্ষর