

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

আবেদন গ্রহণ নং-বিনাইদহ/.....

তারিখঃ...../...../.....

বরাবর,
প্রোগ্রামার /জেলা আইসিটি অফিসার,
তথ্য ও যোগাযোগ প্রযুক্তি অধিদপ্তর,
জেলা কার্যালয় বিনাইদহ।

বিষয়ঃ “সুরক্ষা” সিস্টেমে তথ্য সংশোধনের আবেদন।

জনাব,
আমি নিম্ন স্বাক্ষরকারী যার মোবাইল নম্বর

জাতীয় পরিচয়পত্র/জন্ম সনদ/পাসপোর্ট নম্বর..... নিম্নের তথ্য সংশোধন করতে
ইচ্ছুক।

যে তথ্য সংশোধন করতে ইচ্ছুক তার পাশে টিক (✓) চিহ্ন দিনঃ

ক্রমিক নং	<input type="checkbox"/> সংশোধনের ধরন (জাতীয় পরিচয় পত্র) অনুসারে	<input type="checkbox"/> সংশোধনের ধরন (জন্ম নিবন্ধন) অনুসারে	<input type="checkbox"/> সংশোধনের ধরন (পাসপোর্ট) অনুসারে
০১	<input type="checkbox"/> মোবাইল নম্বর	<input type="checkbox"/> মোবাইল নম্বর	<input type="checkbox"/> মোবাইল নম্বর
০২	<input type="checkbox"/> ১ম ডোজ ভ্যাক্সিন গ্রহণের তারিখ	<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	<input type="checkbox"/> ১ম ডোজ ভ্যাক্সিনের নাম
০৪	<input type="checkbox"/> পাসপোর্ট নাম্বার	<input type="checkbox"/> পাসপোর্ট নাম্বার	<input type="checkbox"/> পাসপোর্ট নাম্বার
০৫	<input type="checkbox"/> ২য় ডোজ ভ্যাক্সিন গ্রহণের তারিখ	<input type="checkbox"/> ২য় ডোজ ভ্যাক্সিন গ্রহণের তারিখ	<input type="checkbox"/> ২য় ডোজ ভ্যাক্সিন গ্রহণের তারিখ
০৬	<input type="checkbox"/> ২য় ডোজ ভ্যাক্সিনের নাম	<input type="checkbox"/> ২য় ডোজ ভ্যাক্সিনের নাম	<input type="checkbox"/> ২য় ডোজ ভ্যাক্সিনের নাম
০৭	<input type="checkbox"/> টিকা গ্রহীতার নাম	<input type="checkbox"/> টিকা গ্রহীতার নাম	<input type="checkbox"/> টিকা গ্রহীতার নাম
০৮	<input type="checkbox"/> টিকা গ্রহীতার জন্ম তারিখ	<input type="checkbox"/> টিকা গ্রহীতার জন্ম তারিখ	<input type="checkbox"/> টিকা গ্রহীতার জন্ম তারিখ
০৯	<input type="checkbox"/> লিঙ্গ	<input type="checkbox"/> লিঙ্গ	<input type="checkbox"/> লিঙ্গ
১০	<input type="checkbox"/> কেন্দ্র পরিবর্তন	<input type="checkbox"/> কেন্দ্র পরিবর্তন	<input type="checkbox"/> কেন্দ্র পরিবর্তন
১১	<input type="checkbox"/> অন্যান্য.....	<input type="checkbox"/> অন্যান্য.....	<input type="checkbox"/> অন্যান্য.....

এমতাবস্থায়, উপরোক্ত তথ্য সংশোধনের জন্য বিনীত অনুরোধ করছি।

সংযুক্তি:

- টিকা কার্ড এর কপি
- জাতীয় পরিচয় পত্রের কপি (নতুন/পুরাতন)
- পাসপোর্ট এর কপি (নতুন/পুরাতন)
- কোভিড-১৯ ভ্যাক্সিন সার্টিফিকেট এর কপি
- জন্ম নিবন্ধন এর কপি (ইংরেজী/বাংলা)
- অন্যান্য.....

(আবেদনকারীর স্বাক্ষর ও তারিখ)

আবেদনকারীর নামঃ

মোবাইল নম্বরঃ

ই-মেইল (যদি থাকে)

(অফিসের জন্য পুরণীয়)

আবেদন গ্রহণ নং-বিনাইদহ/.....

আবেদনের তারিখঃ...../...../.....

আবেদনকারীর নামঃ.....

আবেদন গ্রহণকারীর স্বাক্ষর, নাম ও পদবী

