



ফরম-২

ড্রাইভিং লাইসেন্সের জন্য মেডিকেল সার্টিফিকেট
[বিধি ৬(২)(খ) ও ৭(খ) দ্রষ্টব্য]

(রেজিস্টার্ড ডাক্তার কর্তৃক পূরণ করিতে হইবে)

- ১। নাম: -----
- ২। প্রার্থীর বয়স:-----
- ৩। (ক) দৃষ্টিশক্তির কোনো ত্রুটি আছে কি? থাকিলে, প্রয়োজনীয় চশমা দ্বারা সঠিক করা হইয়াছে কিনা: ----- ,

- (খ) প্রার্থী সহজে সবুজ ও লাল রং চিহ্নিত করিতে পারেন কিনা:-----
- (গ) প্রার্থী রাতকানা রোগে ভুগিতেছেন কিনা:-----
- (ঘ) প্রার্থী বধিরতা রোগে ভুগিতেছেন কিনা:-----
- ৪। মোটরযান চালনায় অক্ষম এইরূপ অঞ্জহানি প্রার্থীর রহিয়াছে কিনা:-----
- ৫। মদ বা ড্রাগ আসক্তির কোনো লক্ষণ প্রার্থীর রহিয়াছে কিনা:-----
- ৬। প্রার্থীর (ক) শারীরিক স্বাস্থ্য এবং (খ) দৃষ্টিশক্তির স্বাভাবিক কিনা: -----
- ৭। প্রার্থীর সনাক্তকরণ চিহ্ন (যদি থাকে)-----

আমি এতদ্বারা প্রত্যয়ন করিতেছি যে, নিম্নে সংযুক্ত ছবি উপরে বর্ণিত প্রার্থীর।

সদ্য তোলা পাসপোর্ট
সাইজ রঙিন ছবি
(১ কপি)

স্বাক্ষর:.....

নামের সিল:.....

ডাক্তারের রেজিস্ট্রেশন নং:.....

(ছবির উপরে ডাক্তারের স্বাক্ষর ও সিল থাকিতে হইবে)