

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