

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	☐ সংশোধনের ধরন (জাতীয় পরিচয়পত্র) অনুসারে	☐ সংশোধনের ধরন (পাসপোর্ট) অনুসারে
০১	☐ মোবাইল নাম্বার	☐ মোবাইল নাম্বার
০২	☐ ১ম ডোজ ভ্যাক্সিন গ্রহণের তারিখ	☐ ১ম ডোজ ভ্যাক্সিন গ্রহণের তারিখ
০৩	☐ ১ম ডোজ ভ্যাক্সিনের নাম	☐ ১ম ডোজ ভ্যাক্সিনের নাম
০৪	☐ পাসপোর্ট নাম্বার	☐ ২য় ডোজ ভ্যাক্সিন গ্রহণের তারিখ
০৫	☐ ২য় ডোজ ভ্যাক্সিন গ্রহণের তারিখ	☐ ২য় ডোজ ভ্যাক্সিনের নাম
০৬	☐ ২য় ডোজ ভ্যাক্সিনের নাম	☐ টিকা গ্রহীতার নাম
০৭	☐ জাতীয় পরিচয়পত্র অনুযায়ী নাম	☐ টিকা গ্রহীতার জন্মতারিখ
০৮	☐ জাতীয় পরিচয়পত্র অনুযায়ী জন্মতারিখ	☐ লিঙ্গ
০৯	☐ লিঙ্গ	☐ পাসপোর্ট নাম্বার পরিবর্তন অথবা সংশোধন
১০	☐ কেন্দ্র পরিবর্তন	☐ কেন্দ্র পরিবর্তন
১১	☐ অন্যান্যঃ..... ।	☐ 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 পুরণীয়)

আবেদন গ্রহণ নং-/.....

আবেদনের তারিখঃ.....

আবেদনকারীর নামঃ

আবেদন গ্রহণকারীর স্বাক্ষর

নামঃ

পদবীঃ

