

বান্দরবান পার্বত্য জেলা পরিষদ
বান্দরবান।

এ্যাম্বুলেন্স সার্ভিস আবেদন ফরম্

০১। আবেদনকারী/রোগীর নাম ও ঠিকানা: -----

-----মোবাইল নং -----ই-মেইল নং -----

০২। এ্যাম্বুলেন্স সার্ভিস চাহিদার তারিখ ও সময় : -----থি: ----- টা ।

০৩। রোগীর বিবরণ ও বর্তমান অবস্থান : -----

০৪। গমনের স্থান/গন্তব্যস্থল : -----

৫। আবেদনকারী/রোগীর এনআইডি নম্বর :(ফটোকপি) সংযুক্ত করতে হবে ।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর ও তারিখ

(কর্তৃপক্ষ কর্তৃক পূরণযোগ্য)

বর্ণিত রোগী পরিবহণের জন্য ----- থি: সকাল/বিকাল/রাতটায় জেলা পরিষদের
এ্যাম্বুলেন্স ব্যবহারের অনুমতি প্রদান করা হল।

ভারপ্রাপ্ত কর্মকর্তা
এ্যাম্বুলেন্স সার্ভিস
বান্দরবান পার্বত্য জেলা পরিষদ

(ব্যবহারকারী কর্তৃক পূরণযোগ্য)

অদ্যথি:হতেরোগী পরিবহণের জন্য এ্যাম্বুলেন্স
ব্যবহার বাবদ মোট ----- টাকা পরিশোধ/লি: জ্বালানী সরবরাহ করা হলো।

ব্যবহারকারীর স্বাক্ষর ও তারিখ