

হেলথ সার্টিফিকেশন ফর্ম

স্বাস্থ্য সেবা পেশাদারের প্রতি:

এই ফর্মটি চেহারা বর্দ্ধন বা বারবার (ফ্লোরকর্ম) শিল্পের লাইসেন্সের জন্য আবেদন করতে সেই রোগীদের জন্য ব্যবহৃত হবে যাদের একজন চিকিৎসক, চিকিৎসকের সহকারী বা একজন নার্স দিয়ে পরীক্ষা করানোর প্রয়োজন। অনুগ্রহ করে এই ফর্মের নিচের অংশটি পূরণ করুন এবং ফর্মটিতে স্বাক্ষর করুন ও তারিখ দিন।

চেহারা বর্দ্ধন এবং / অথবা বারবার (ফ্লোরকর্ম) আবেদনকারীর প্রতি:

কসমেটোলজি, এস্কেটিক্স, নেল স্পেশালিটি, নেচারাল হেয়ার স্টাইলিং, ওয়াক্সিং এবং বারবারিংয়ের (ফ্লোরকর্ম) লাইসেন্সের জন্য আপনাকে একটি শারীরিক পরীক্ষা দিতে হবে। আপনার চিকিৎসক, চিকিৎসক সহকারী বা একজন নার্সকে এই হেলথ সার্টিফিকেশনটি অবশ্যই সম্পূর্ণ, স্বাক্ষর করতে এবং তারিখ দিতে হবে। এই পরীক্ষার তারিখ থেকে 30 দিনের মধ্যে আপনাকে অবশ্যই অনলাইন লাইসেন্স আবেদন জমা দিতে হবে।

নির্দেশনা:

অনলাইনে আপনার লাইসেন্সের জন্য আবেদন করার সময় নিচের সার্টিফিকেশন মধ্যে থাকা তথ্য ব্যবহার করুন। আপনাকে এই ফর্মের থেকে তথ্য সিস্টেমের মধ্যে হেলথ সার্টিফিকেশনের ক্ষেত্রগুলিতে প্রবেশ করাতে হবে।

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেন: এই সম্পূর্ণ করা হেলথ সার্টিফিকেশন ফর্মটি এই প্রয়োজনের সাথে সঙ্গতিপূর্ণ নিশ্চিত করার জন্য একজন তদন্তকারী কর্তৃক নিরীক্ষা সাপেক্ষ। নিরীক্ষা উদ্দেশ্যে 3 বছরের জন্য আপনার কাজের স্থানে এই ফর্মটির প্রমাণ অবশ্যই বজায় রাখতে হবে।

হেলথ সার্টিফিকেশন:

আমি যথাযথভাবে লাইসেন্সপ্রাপ্ত চিকিৎসক G, যথাযথ লাইসেন্স প্রাপ্ত চিকিৎসক সহকারী G, বা যথাযথভাবে লাইসেন্সপ্রাপ্ত নার্স অনুশীলনকারী G, এবং এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে তারিখের _____ রুটিন
(আবেদনকারীর নাম)

পরীক্ষার সূচীতে, _____ আমি সংক্রমণশীল বা সংক্রামক রোগের
(শারীরিক পরীক্ষার তারিখ)

উপস্থিতি সম্পর্কে কোন চিকিৎসাগত প্রমাণ পাইনি যা আবেদনকারীর পেশা পরিচালনায় জনসাধারণের স্বাস্থ্য বা নিরাপত্তা সম্পর্কে একটি উল্লেখযোগ্য ঝুঁকি বা প্রত্যক্ষ হুমকি সৃষ্টি করবে।

চিকিৎসকের নাম লিখুন: _____ তারিখ: _____

চিকিৎসা কেন্দ্রের নাম: _____

চিকিৎসকের স্বাক্ষর: _____ পদবি: _____