



Division of Licensing Services

নিউ ইয়র্ক স্টেট
ডিপার্টমেন্ট অফ স্টেট
ডিভিশন অব লাইসেন্সিং সার্ভিসেস
পি.ও. বক্স 22001
অ্যালবানি, NY 12201-2001
কাস্টমার সার্ভিস: (518) 474-4429
<https://dos.ny.gov>

অভিজ্ঞতার বিবৃতি

স্পষ্টভাবে লিখুন বা টাইপ করুন

নিম্নলিখিত ব্যক্তির আবেদনের বিষয়ে

(নাম)

এই পেশার জন্য অপারেটরের লাইসেন্স:
_____ বারবার
_____ কসমেটোলজি
_____ এন্ডেস্ট্রিক্স
_____ নেইল স্পেশালিটি
_____ ন্যাচারাল হেয়ার স্টাইলিং
_____ ওয়াক্সিং

আমি, _____ (সাক্ষী)

স্টেটের _____

কাউন্টিতে বসবাস করি।

আমি বর্তমানে _____ স্টেটের _____

কাউন্টির জন্য

_____ হিসাবে নিযুক্ত আছি।

আমি _____ (আবেদনকারী), অপারেটরের লাইসেন্সের জন্য আবেদনকারীকে, ব্যক্তিগতভাবে প্রায় _____

বছর ধরে চিনি। আমি ব্যক্তিগতভাবে সচেতন যে, উপরে উল্লিখিত আবেদনকারী _____ (মাস, দিন, বছর) থেকে _____

(মাস, দিন, বছর) পর্যন্ত স্টেট/দেশে উপরোক্ত পেশাতে জড়িত রয়েছেন

এই ধরনের অবগতি নিম্নলিখিত তথ্যের ভিত্তিতে প্রাপ্ত হয়েছে: (প্রয়োজনে উল্টো পিঠটা ব্যবহার করুন)

মিথ্যা সাক্ষার শাস্তির অধীনে, আমি, _____, সম্মতি দিই এবং নিশ্চিত করি যে এই নথিতে প্রকাশিত দাবিগুলি আমি

যাচাই করেছি এবং সেগুলি আমার জ্ঞান এবং বিশ্বাসের সর্বোত্তমভাবে সত্য এবং নির্ভুল।

(স্বাক্ষর)

(তারিখ)