



স্বাস্থ্য সার্টিফিকেশন ফর্ম

স্বাস্থ্যসেবা পেশাদারের জন্যে:

এপিয়েরেস এনহ্যান্সমেন্ট বা বারবার পেশায় লাইসেন্সের জন্য আবেদন করার জন্য যে রোগীদের ডাক্তার, ডাক্তারের সহযোগী অথবা পেশাদার নার্স দ্বারা মূল্যায়ন করা প্রয়োজন তাদের এই ফর্মটি ব্যবহার করা উচিত। অনুগ্রহ করে এই ফর্মের নীচের অংশটি ভরে ফর্মটিতে তারিখ সমেত স্বাক্ষর করুন।

এপিয়েরেস এনহ্যান্সমেন্ট এবং/অথবা বারবার আবেদনকারীর জন্যে:

কসমেটোলজি, এস্টেটিক্স, নেইল স্পেশালিটি, ন্যাচারাল হেয়ার স্টাইলিং, ওয়াক্সিং এবং বারবারিং-এ লাইসেন্সের জন্য আবেদন করার জন্য আপনাকে শারীরিক পরীক্ষা করাতে হবে। আপনার ডাক্তার, ডাক্তারের সহযোগী অথবা পেশাদার নার্সকে অবশ্যই এই স্বাস্থ্য সার্টিফিকেশনটি ভরে, তারিখ সমেত স্বাক্ষর করতে হবে। এই পরীক্ষার তারিখ থেকে 30 দিনের মধ্যে আপনার অনলাইন লাইসেন্সের আবেদন জমা দিতে হবে।

নির্দেশাবলী:

অনলাইনে আপনার লাইসেন্সের আবেদন জমা দেওয়ার সময় অনুগ্রহ করে নিচের সার্টিফিকেশনের বিশদ দেখে নেবেন। আপনাকে এই ফর্মের থেকে সিস্টেমটির ভেতরে থাকা স্বাস্থ্য সার্টিফিকেট প্রদান ক্ষেত্রগুলিতে তথ্যগুলি এন্টার করতে হবে।

অনুগ্রহ করে মনে রাখুন: একজন তদন্তকারী এই সম্পূর্ণ করা স্বাস্থ্য সার্টিফিকেট প্রদান ফর্ম এর অডিট করবেন যেন প্রয়োজনীয়তার প্রতি আনুগত্য নিশ্চিত করা যায়। এই ফর্মের প্রমাণ অবশ্যই আপনার কাজের পরিসরে 3 বছরের জন্য অডিট করার উদ্দেশ্যে রক্ষণাবেক্ষণ করা হবে।

স্বাস্থ্য সার্টিফিকেশন:

আমি একজন যথোচিত লাইসেন্সপ্রাপ্ত ডাক্তার , ডাক্তারের যথোচিত লাইসেন্সপ্রাপ্ত সহযোগী অথবা যথোচিত লাইসেন্সপ্রাপ্ত পেশাদার নার্স , এবং আমি এই মর্মে

বিবৃতি দিই যে, _____ (শারীরিক পরীক্ষার তারিখ) তারিখে, _____ (আবেদনকারীর নাম)

এর স্বাস্থ্য পরীক্ষা করাকালীন, আমি এমন কোনো রকম সংক্রামক বা ছোঁয়াছে অসুখ থাকার প্রমাণ পাইনি যা আবেদনকারীর পেশা নির্বাহের ক্ষেত্রে অন্যান্য ব্যক্তিদের

স্বাস্থ্য বা সুরক্ষা সম্পর্কিত ঝুঁকি তৈরি করতে পারে।

ডাক্তারের নাম স্পষ্ট হরফে

লিখুন

তারিখ

ডাক্তারের ঠিকানা

ডাক্তারের স্বাক্ষর

পদমর্যাদা: