

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
নার্সিং ও মিডওয়াইফারি অধিদপ্তর
কলেজ অব নার্সিং (একাডেমিক ভবন)
শেরে বাংলা নগর, ঢাকা-১২০৭।
www.dgnm.gov.bd

স্মারক নং- ৪৫.০৩.০০০০.০০১.১১.০০১.২০-২২১

তারিখঃ ১৭/০৫/২০২০ খ্রিঃ


বিষয়ঃ নবনিয়োগকৃত সিনিয়র স্টাফ নার্সগণের তথ্য প্রেরণ

২০২০ সালে বাংলাদেশ সরকারি কর্ম কমিশন দ্বারা সুপারিশকৃত বিজ্ঞপ্তি স্মারক-৮০.০০.০০০০.৩০১(গোপনীয়).১৭.০০১.২০২০-০৫, তারিখঃ ৩০/০৪/২০২০, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয় এর প্রজ্ঞাপন স্মারক- ৪৫.০০.০০০০.১৭২.১১.০২০.১৯-১৪০, তারিখঃ ০৭/০৫/২০২০ ও ৪৫.০০.০০০০.১৭২.১১.০২০.১৯-১৪৩, তারিখঃ ১০/০৫/২০২০ অনুযায়ী নার্সিং ও মিডওয়াইফারি অধিদপ্তরের আওতাধীন সকল হাসপাতালে নব যোগদানকৃত সিনিয়র স্টাফ নার্সদের নামের তালিকা নিম্নোক্ত ছক অনুযায়ী এবং প্রত্যেক সিনিয়র স্টাফ নার্স এর ছবিসহ ডিসিটি ফরম পূরণপূর্বক সংযুক্ত করে স্থানীয় কর্তৃপক্ষকে অত্র অধিদপ্তরে ডাকযোগে প্রেরণ করতে হবে। উল্লেখ্য যোগদানের তারিখ আবশ্যিকভাবে ১৩/০৫/২০২০ খ্রিঃ তারিখের পূর্বে হবে না।

১।

ক্রঃ নং	নাম	পিতার নাম	মাতার নাম	বিপিএসসি রেজিঃনং	বিপিএসসি মেধাক্রম	বিএনএমসি রেজিঃনং	বর্তমান কর্মস্থলে যোগদানের তারিখ	যোগদানকৃত প্রতিষ্ঠানের নাম	নিজ জেলা	মোবাইল নম্বর	ই-মেইল
১	২	৩	৪	৫	৬	৭	৮	৯	১০	১১	১২

২। তথ্য প্রাপ্তি সাপেক্ষে নবনিয়োগপ্রাপ্ত সিনিয়র স্টাফ নার্সগণের বিধি মোতাবেক বেতন ভাতাদি ও অন্যান্য সুবিধাদির বিষয়ে ব্যবস্থা গৃহীত হবে।
৩। এমতাবস্থায় চাহিত তথ্যাদি জরুরী ভিত্তিতে আগামী ০৩ (তিন) কর্মদিবসের মধ্যে প্রেরণের জন্য অনুরোধ করা হল।


তারিখঃ ১৭/০৫/২০

মোহাম্মদ আবদুল হাই, পিএএ
(উপসচিব)

পরিচালক (শিক্ষা ও প্রশাসন)


টেলিফোন- ৯১৩৬৬৭৪

স্মারক নং- ৪৫.০৩.০০০০.০০১.১১.০০১.২০-২২১/১(০০)

তারিখঃ ১৭/০৫/২০২০ খ্রিঃ

অনুলিপি অবগতি ও প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণের জন্য প্রেরণ করা হ'ল (জ্যেষ্ঠতার ক্রমানুসারে নয়):

- ১। পরিচালক, মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল.....
- ২। পরিচালক, বিশেষায়িত হাসপাতাল.....
- ৩। সিভিল সার্জন.....
- ৪। জেলা পাবলিক হেলথ নার্স.....
- ৫। সহকারী পরিচালক (নার্সিং), পরিচালক (স্বাস্থ্য) এর কার্যালয়.....
- ৬। উপজেলা স্বাস্থ্য ও পরিবার পরিকল্পনা কর্মকর্তা.....
- ৭। তত্ত্বাবধায়ক/সেবা-তত্ত্বাবধায়ক/উপ-সেবা তত্ত্বাবধায়ক, জেনারেল হাসপাতাল/জেলা সদর হাসপাতাল.....
- ৮। মহাপরিচালক মহোদয়ের ব্যক্তিগত কর্মকর্তা, নার্সিং ও মিডওয়াইফারি অধিদপ্তর, ঢাকা।
- ৯। উপ-পরিচালক, পিএমআইএস শাখা, অত্র অধিদপ্তর (ওয়েবসাইটে প্রকাশ করার নির্দেশ প্রদান করা হ'ল)।


তারিখঃ ১৭/০৫/২০

পরিচালক (প্রশাসন)



Directorate General of Nursing & Midwifery Data Collection Tool

Photo

Place of posting: _____ District: _____

General Information

BNC Nurse Registration No.:

National ID No.:

Personal Information

Full Name (English) _____
(Capital Letter)

Name (Bangla) _____

Sex (Tick) Male Female Passport Number

Father's Name _____

Mother's Name _____

Date of Birth
(Day) (Month) (Year)

Birth Place (District) _____

Religion (Tick) I Hi Bu Ch OMarital Status (Tick) S M W D Se

I=Islam, Hi=Hindu, Bu=Buddhist, Ch=Christian, O=Others

S=Single, M=Married, W=Widow, D=Divorced, Se=Separated

Mobile Number E-mail Address

Official Information

BPSC Merit No./SI No. BPSC registration No. Specialty posting:

e.g.: ICU/CCU/ Cardiovascular/ Child/ Psychiatric nursing ect.

Mailing Addresses

	Present	Permanent
Village/House/Road	_____	_____
Division	_____	_____
District	_____	_____
Thana/Upazilla	_____	_____
Post Office	_____	_____
Postal Code	_____	_____

বিঃ দ্রঃ

ফর্মের প্রথমেই বর্তমান কর্মস্থলের নাম এবং কর্মস্থলের জেলার নাম লিখতে হবে। যে সব জায়গায় (Tick) লেখা আছে সে সব স্থানে সঠিক অপশনে টিক চিহ্ন দিতে হবে।

General Educational Qualification

Level of Education (Please tick your desired option)	Board	Division/CGPA	Year	Country
1	2	3	4	5
SSC/ O Level/ Dakhil/ Equivalent				
HSC/ A Level/ Alim/ Equivalent				

Professional Educational Qualification

Level of Education	Institute/College/University	Division/Class/CGPA	Year	Country
Diploma in Nursing Science and Midwifery				
B.Sc in Nursing				
If others, specify: _____				

BNMC Registration Information

Type of Registration (Please tick your desired option)	Reg. Number	First Issue Date dd/mm/yyyy	Last Renewal Date dd/mm/yyyy
Diploma in Nursing Science and Midwifery		/ /	/ /
B.Sc in Nursing		/ /	/ /
Specialty (Specify): _____		/ /	/ /

BNMC Registration Information টেবিলে বিএনএমসি থেকে বিভিন্ন বিষয়ের উপর প্রাপ্ত রেজিস্ট্রেশন নাথার, ইস্যু এবং নবায়নের তারিখ লিখতে হবে।

Service Particulars

Date of Appointment G.O. No. of Appointment _____
 (Day) (Month) (Year)

Date of Joining G.O. No. of Joining _____
 (Day) (Month) (Year)

Designation	Workplace Category**	Name of workplace & District Name	Pay Scale	Basic Pay
1	2	3	4	5
Senior Staff Nurse				
**Workplace Category	MCH=Medical College Hospital, MI=Medical Institute, H=Hospital & District Hospital, DC= Dental College, DDHO= Divisional Director Health Office, CSO=Civil Surgeon Office, CDC=Chest Diseases Clinic, NI=Nursing Institute, NC=Nursing College, MFPC= Model Family Planning Clinic, UHC=Upazilla Health Complex, RHC= Rural Health Complex, USC=Union Sub Center			

Signature of Employee _____