**গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার**
পরিচালক এর কার্যালয়
কুর্মিটোলা জেনারেল হাসপাতাল
কুর্মিটোলা, ঢাকা।
E-mail: kurmitola500bed@hospi.dghs.gov.bd

স্মারক নং-কুঃজেঃহাঃ/প্রশাসন/২০২৩/ ৩৯৮৮ তারিখঃ ২৯/১১/২০২৩ইং

## অবৈতনিক চিকিৎসকদের প্রশিক্ষণ সংক্রান্ত বিজ্ঞপ্তি ঃ

১. কুর্মিটোলা জেনারেল হাসপাতাল বিসিপিএস কর্তৃক মেডিসিন, সার্জারী, গাইনী এন্ড অবস্, অটোল্যারিঙ্গোলজি, অফথালমোলজি, এ্যানেসথেসিওলজি, ডার্মাটোলজি এন্ড ভেনেরোলজি ও পেডিয়াট্রিক্স বিষয়ে ০২ বছর প্রশিক্ষণ পরিচালনার জন্য অনুমোদন রয়েছে। এ প্রেক্ষিতে বেসরকারী চিকিৎসকগণের নিকট থেকে নির্ধারিত ফরমে দরখাস্ত আহ্বান করা যাচ্ছে।

২. জানুয়ারী-জুন/২০২৪ইং সেশনে প্রশিক্ষণ গ্রহণের জন্য আবেদন ফরম www.kgh.gov.bd ওয়েবসাইট হতে ডাউনলোড করা যাবে। ডাউনলোডকৃত আবেদন ফরম যথাযথভাবে পূরণ পূর্বক ০২ কপি সদ্যতোলা পাসপোর্ট সাইজের ছবি, ইন্টার্নীশীপ প্রশিক্ষণ সনদের ফটোকপি, বিএমডিসি কর্তৃক রেজিস্ট্রেশন এর ফটোকপি, এফসিপিএস/এমডি/এমএস পার্ট-১ এর ফটোকপি (যদি থাকে) ৫০/-(পঞ্চাশ) টাকা সহ আগামী ২৬/১২/২০২৩ইং তারিখ অফিস চলাকালীন সময়ের মধ্যে জমা দিতে হবে। যে সকল চিকিৎসক বর্তমানে প্রশিক্ষণে আছেন তাদের মধ্যে কেউ পরবর্তী ছয় (০৬) মাসের জন্য প্রশিক্ষণ বর্ধিত করতে আগ্রহী হলে তাদেরকে পুনরায় সংশ্লিষ্ট বিভাগীয় প্রধান/ইউনিট প্রধানের সুপারিশক্রমে আবেদনপত্র নির্ধারিত তারিখের মধ্যে দাখিল করতে হবে (স্বাক্ষাৎকার প্রয়োজন নেই)।

৩. প্রশিক্ষণের জন্য নির্বাচিত প্রার্থীগণকে ১০০০/- (এক হাজার) টাকা করে জমা দিতে হবে (ফেরত যোগ্য)।

৪. আবেদনকারীগণের স্বাক্ষাৎকার পরীক্ষা আগামী ২৭/১২/২০২৩ইং তারিখ অত্র হাসপাতালের সম্মেলন কক্ষে অনুষ্ঠিত হবে। স্বাক্ষাৎকার পরীক্ষায় ক্রমিক নং-২ এ উল্লেখিত সকল কাগজপত্রের মূলকপি সংগে আনতে হবে। উত্তীর্ণ প্রার্থীদের তালিকা অত্র হাসপাতালের ওয়েব সাইট www.kgh.gov.bd ও নোটিশ বোর্ডে পাওয়া যাবে।

৫. নির্বাচিত প্রার্থীগণকে নিম্নবর্ণিত বিষয়গুলি অবশ্যই পালন করতে হবে ঃ-

(ক) এই প্রশিক্ষণ সার্বক্ষনিক হবে এবং সপ্তাহে ৭২ ঘন্টা দায়িত্ব পালন করতে হবে। প্রশিক্ষণ গ্রহণকালীন সময়ে অন্য কোথাও চাকুরী করতে পারবেন না। অন্য কোন প্রতিষ্ঠানে চাকুরী করেন প্রমাণিত হলে প্রশিক্ষণের অনুমোদন সরাসরি বাতিল বলিয়া গণ্য হবে।

(খ) বিভাগীয়/ ইউনিট প্রধান এবং প্রশাসনের পক্ষ হতে যখন যেখানে দায়িত্ব পালন করতে বলা হবে সেখানে দায়িত্ব পালন করতে হবে।

(গ) নিয়মিত হাজিরা খাতায় স্বাক্ষর করতে হবে এবং বিনা অনুমতিতে অনুপস্থিত থাকা যাবেনা।

(ঘ) প্রশিক্ষণ চলাকালীন সময়ে প্রশিক্ষণার্থীগণ কোন রোগীকে ইনজুরী সার্টিফিকেট/কোন প্রকার মেডিকেল সার্টিফিকেট ইস্যু করতে পারবে না।

(ঙ) প্রশিক্ষণকালীন প্রশিক্ষণার্থীগণকে নিজ দায়িত্বে বাসস্থানের ব্যবস্থা করতে হবে।

(চ) প্রশিক্ষণার্থীর বিরুদ্ধে কোন ধরনের অনিয়ম, অগ্রহণযোগ্য কিংবা অনৈতিক কার্যক্রমের অভিযোগ প্রমাণিত হলে তার প্রশিক্ষণ বাতিলসহ বিধি মোতাবেক ব্যবস্থা গ্রহণ করা হবে।

(ছ) বিভাগীয় প্রধানের অনুমতিক্রমে প্রশিক্ষণকালীন সময়ে সর্বোচ্চ ১০ দিন নৈমিত্তিক ছুটি ভোগ করতে পারবে।

(জ) বিনা অনুমতিতে কর্তব্য কাজে অনুপস্থিত থাকলে অনুপস্থিতির দিনগুলি পরবর্তীতে অতিরিক্ত সময় তা পালন করতে হবে। অন্যথায় সার্টিফিকেট প্রদান করা হবেনা।

(ঝ) প্রশিক্ষণকালীন সময়ে অবশ্যই এপ্রোন পরিধান করতে হবে এবং অবৈতনিক চিকিৎসকের পরিচিতি হিসাবে ব্যাচ ব্যবহার করতে হবে।

(ঞ) কর্তব্যরত বিভাগের বিভাগীয় প্রধান/আরএস/আরপি/রেজিষ্ট্রার/সহকারী রেজিষ্ট্রার এর নির্দেশ মোতাবেক দায়িত্ব পালন করতে হবে।

(ট) কর্তব্য কালীন সময়ে ইউনিট প্রধান/আরএস/আরপি এর অনুমতি ছাড়া কর্মস্থল ত্যাগ করা যাবেনা।

(ঠ) প্রয়োজনে মনোনীত ইউনিট ছাড়াও জরুরী বিভাগ/যে কোন বিভাগে দায়িত্ব পালন করতে হবে।

(ড) মেডিসিন/সার্জারী বিভাগে যাহারা প্রশিক্ষণ গ্রহণ করতে ইচ্ছুক তাদেরকে স্ব-স্ব বিভাগ ছাড়াও এ্যালাইড বিভাগে রোষ্টার অনুযায়ী দায়িত্ব পালন করতে হবে।

৬. উপরোক্ত শর্তসমুহ যথাযথভাবে অনুসরণ করার অঙ্গীকার নামা প্রদান করতে হবে।

২৯/১১/২৩

ডাঃ এ.কে.এম. মোস্তাফিজুর রহমান
উপপরিচালক
পরিচালক এর পক্ষে
কুর্মিটোলা জেনারেল হাসপাতাল, কুর্মিটোলা, ঢাকা।
ফোন নং-৫৫০৬২৩৪৮

স্মারক নং-কুঃজেঃহাঃ/প্রশাসন/২০২৩/ ৩৯৮৮/১(৮) তারিখঃ ২৯/১১/২০২৩ইং

অনুলিপি অবগতি ও প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণের জন্য প্রেরণ করা হলো ঃ

১. সচিব, স্বাস্থ্য সেবা বিভাগ, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়, বাংলাদেশ সচিবালয়, ঢাকা।
২. সচিব, স্বাস্থ্য শিক্ষা বিভাগ, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়, বাংলাদেশ সচিবালয়, ঢাকা।
৩. মহাপরিচালক, স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা।দৃঃআঃ সহকারী পরিচালক (সমন্বয়)
৪. অনারারী সচিব, বাংলাদেশ কলেজ অব ফিজিশিয়ানস্ এন্ড সার্জনস্ (বিসিপিএস), মহাখালী, ঢাকা-১২১২।
৫. অধ্যক্ষ/পরিচালক/সিভিল সার্জন (সকল)/উপজেলা স্বাস্থ্য ও পঃপঃ কর্মকর্তা (সকল)..........................................।
৬. বিভাগীয় প্রধান (সকল), কুর্মিটোলা জেনারেল হাসপাতাল, ঢাকা।
৭. নোটিশ বোর্ড, অত্র কার্যালয়, ওয়েবসাইটঃ www.kgh.gov.bd
৮. অফিস কপি।

কুর্মিটোলা জেনারেল হাসপাতাল
কুর্মিটোলা,ঢাকা।

পাসপোর্ট সাইজ ছবি আঠা দিয়ে লাগাতে হবে।

## অবৈতনিক প্রশিক্ষণের আবেদন ফরম

বরাবর,
পরিচালক
কুর্মিটোলা জেনারেল হাসপাতাল,ঢাকা সেনানিবাস, ঢাকা।

আমি ডাঃ.................................................................................................................পিতাঃ....................................................................

আপনার হাসপাতালে মেডিসিন/ সার্জারী/ গাইনী এন্ড অবস্/ অটোল্যারিঙ্গোলজি/অপথ্যালমোলজি/ এ্যানেসথেসিওলজি/ডার্মাটোলজিএন্ড ভেনেরোলজি/ পেডিয়াট্রিক্স বিভাগে (জানুয়ারী-জুন/২০২৪) সেশনে ছয় (০৬) মাসের অবৈতনিক প্রশিক্ষণ গ্রহণের জন্য আগ্রহী। প্রয়োজনীয় তথ্যাবলীসহ সমস্ত কাগজপত্র এতদসংগে দাখিল করলাম। অনুগ্রহ করে প্রশিক্ষণের জন্য আমাকে মনোনীত করে বাধিত করবেন।

১। বর্তমান/যোগাযোগের ঠিকানাঃ.........................................................................................................................

২। স্থায়ী ঠিকানাঃ.....................................................................................................................................

৩। মোবাইল নম্বর ঃ .......................................... ই-মেইল:..........................................হোয়াটস্অ্যাপ........................................

৪। এমবিবিএস পাশের (বছর).....................(মাস).....................(কলেজ)....................................................................

৫। এমবিবিএস পরীক্ষায় প্রাপ্ত নম্বরঃ মেডিসিন............................সার্জারী............................গাইনী..................................................

৬। বিএমডিসি রেজিষ্ট্রেশন নম্বর...................................................... ।

৭। পোষ্ট গ্রাজুয়েশন সংক্রান্ত তথ্য: বিষয়.....................................................১ম পর্ব পাশের বছর.........................মাস.......................

৮। পূর্বে প্রশিক্ষণের বিস্তারিত বিবরণঃ.................................................................................................................

| ক্র:নং | বিষয় | প্রতিষ্ঠানের নাম | হইতে | পর্যন্ত |
|---|---|---|---|---|
| ক। | | | | |
| খ। | | | | |
| গ। | | | | |
| ঘ। | | | | |
| ঙ। | | | | |

৯। বিষয় ও ইউনিট অগ্রগণ্যতা।

| ক্রমিক নং | বিষয় | | ইউনিট |
|---|---|---|---|
| ক। | | ক) | |
| | | খ) | |
| | | গ) | |

১০। অঙ্গীকার নামাঃ এ মর্মে অঙ্গীকার করতেছি যে, উপরে বর্নিত তথ্যাবলি সম্পূর্ণ সত্য। স্বাক্ষাৎকারের সময় উল্লিখিত তথ্য প্রমাণের জন্য সকল মূল সার্টিফিটে ও তথ্যাদি উপস্থাপন করব। কোন তথ্য অসত্য প্রমাণিত হলে আইনানুগ শাস্তি ভোগ করতে বাধ্য থাকব।

প্রার্থীর স্বাক্ষর ও তারিখ ............................

**কমিটি কর্তৃক সুপারিশকৃত বিভাগ/ইউনিট ..........................................**

**বিভাগ/ইউনিট প্রধানের স্বাক্ষর**

অনুমোদিত হলো/অননুমোদিত হলো না।

পরিচালক
কুর্মিটোলা জেনারেল হাসপাতাল, কুর্মিটোলা,ঢাকা।