



মাদকদ্রব্য নিয়ন্ত্রণ অধিদপ্তর কর্তৃক অনুমোদিত

# এ.এম.সি...

পরিবর্তনে অঙ্গীকারবদ্ধ

ঠিকানা: বাড়ি-৭৭ (৫ম তলা, রোড-১৯,  
সেটর-১১, উত্তরা মডেল টাউন, ঢাকা-১২৩০  
হেল্পলাইন: ০১৭১২-৭৬৯৫০০, ০১৭৩৪-৯০৪২৭৫  
E-mail: amcrehabcentre@gmail.com

## মাদকাসক্তি নিরাময় কেন্দ্র

### অঙ্গীকারনামা

আমি এই মর্মে অঙ্গীকার করিতেছি যে, আমি .....

পিতা..... সাথ/বাসা নং .....

ডাকঘর..... থানা..... জেলা.....

মোবা:..... তাং ----- আমার ছেলে/স্বামী/ ভাই  
..... নাম, বয়স....., পেশা.....

শিক্ষাগত যোগ্যতা..... বৈবাহিক অবস্থা..... বর্তমান/স্থায়ী

ঠিকানা বাসা/ সাথ .....

কে অদ্য .....,মুন্ডে ৪/৬ মাস মেয়াদে আমি আমার রোগী/ ক্লায়েন্টকে অত্র প্রতিষ্ঠানে  
জেনে-বুঝে স্বইচ্ছায় ভর্তি করিতেছি। অত্র প্রতিষ্ঠানের মাসিক চার্জ/টাকা ..... সর্বমোট.  
..... আমি বহন করিব। আমার রোগী যদি শারীরিক অসুস্থতা জনিত কারণে মৃত্যু বরণ  
করে তাহলে অত্র প্রতিষ্ঠান কর্তৃপক্ষ কোন ভাবে দায়ী থাকিবে না। সে মর্মে স্বজ্ঞানে স্বাক্ষর করিলাম।

কর্তৃপক্ষের সীল/ স্বাক্ষর

অভিভাবকের স্বাক্ষর.....

স্বাক্ষীর স্বাক্ষর.....

রোগী/ক্লায়েন্টের স্বাক্ষর.....

মাদকদ্রব্য নিয়ন্ত্রণ অধিদপ্তর কর্তৃক অনুমোদিত

এ.এম.সি...

পরিবর্তনে অঙ্গীকারবদ্ধ

ঠিকানা: বাড়ি-৭৭ (৫ম তলা, রোড-১৯,  
সেক্টর-১১, উত্তরা মডেল টাউন, ঢাকা-১২৩০  
ফোননম্বা: ০১৭১২-৭৯৯৫০০, ০১৭৩৪-৯০৪২৭৫  
E-mail: amcrehabcentre@gmail.com



মাদকাসক্তি নিরাময় কেন্দ্র

রোগী/ক্লায়েন্টের ছবি

রেজিস্ট্রেশন নম্বর .....

অভিভাবকের ছবি

ভর্তি ফর্ম

রোগীর নাম:.....

পিতার নাম:.....

মাতার নাম:.....

বয়স:..... পেশা:..... এন.আইডি/জন্ম সনদ নং:.....

শিক্ষাগত যোগ্যতা ..... বিবাহিত/অবিবাহিত.....

অভিভাবকের নাম:..... এন.আইডি/ জন্ম সনদ নং.....

রোগী/ক্লায়েন্টের সাথে সম্পর্ক:.....

পিতা/মাতা/স্বী/ভাই/.....

অভিভাবকের মোবাইল নম্বর:...../.....

বর্তমান ঠিকানা: সাং/বাসা:..... ডাকঘর.....

থানা:..... জেলা:.....

স্থায়ী ঠিকানা: সাং/বাসা:..... ডাকঘর.....

থানা:..... জেলা:.....

চিকিৎসার মেয়াদকাল:..... মাসিক চিকিৎসা চার্জ..... মোট:.....

আমার রোগী যদি শারীরিক অসুস্থতা জনিত কারণে মৃত্যুবরণ করে তাহলে কোনভাবে কর্তৃপক্ষ দায়ী থাকিবে না।

অভিভাবকের স্বাক্ষর.....

কর্তৃপক্ষের সীল/ স্বাক্ষর

স্বাক্ষীর স্বাক্ষর.....

রোগী/ক্লায়েন্টের স্বাক্ষর.....