

ঃ স্বাস্থ্য পরীক্ষার ফরম ঃ
(১নং হতে ৯নং পর্যন্ত প্রার্থী পূরণ করবে)

- | | | | |
|--|-------------------|--------|--------|
| ১. নাম | : | | |
| ২. পিতার নাম | : | | |
| ৩. মাতার নাম | : | | |
| ৪. মেধাস্থান | : | | |
| ৫. ভর্তি পরীক্ষার রোল নম্বর | : | | |
| ৬. জন্ম তারিখ | : | | |
| ৭. লিঙ্গ | : | | |
| ৮. ব্যক্তিগত পরিচিত চিহ্ন (তিলক/কাটা দাগ) | : | | |
| ৯. প্রার্থীর স্বাক্ষর ও তারিখ | : | | |
| <hr/> | | | |
| ১০. উচ্চতা | : | | |
| ১১. ওজন | : | | |
| ১২. দৃষ্টি শক্তি | : | | |
| ক) ডান চক্ষু | ৬/৬ চশমা সহ/ছাড়া | | |
| খ) বাম চক্ষু | ৬/৬ চশমা সহ/ছাড়া | | |
| ১৩. শ্রবণ শক্তি | : | | |
| ১৪. রক্তের গ্রুপ | : | Rh +ve | Rh -ve |
| ১৫. এক্স-রে (Chest P/A view) | : | | |

এতদ্বারা ঘোষণা করা যাচ্ছে যে, তাকে পরীক্ষা করে কোন শারীরিক রোগ পাওয়া গেল/গেল না। তাকে একজন প্রকৌশলী/স্থপতি/পরিকল্পনাবিদ হওয়ার উপযুক্ত/সাময়িক উপযুক্ত বিবেচনা করা হল।

চিকিৎসা কর্মকর্তা
চুয়েট/কুয়েট/রুয়েট।

প্রধান চিকিৎসা কর্মকর্তা
চুয়েট/কুয়েট/রুয়েট।

বিঃ দ্রঃ চোখের কোন সমস্যা থাকলে ০৭ (সাত) দিনের মধ্যে পুনরায় পরীক্ষা করা হবে। হারনিয়া ও হাইড্রোসিল থাকলে ০১ (এক) মাসের মধ্যে পুনরায় পরীক্ষা করা হবে।