

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
মাদকদ্রব্য নিয়ন্ত্রণ অধিদপ্তর
সুরক্ষা সেবা বিভাগ
স্বরাষ্ট্র মন্ত্রণালয়

বেসরকারি মাদকাসক্তি নিরাময় ও পুনর্বাসন কেন্দ্র এর অনুদানের আবেদন ফরম
অর্থ বছরঃ.....

- ১। বেসরকারি নিরাময়/পুনর্বাসন কেন্দ্রের নামঃ.....
- ২। ঠিকানাঃ.....গ্রাম/রাস্তা নং
সিটি কর্পোরেশন/পৌরসভা/ইউনিয়ন.....ওয়ার্ড নং
ডাকঘর..... উপজেলা..... জেলা.....
দূরালাপনী নং ফ্যাক্স নং ই-মেইল নং
- ৩। প্রতিষ্ঠার তারিখঃ.....
- ৪। প্রথম লাইসেন্স প্রাপ্তির নম্বর ও তারিখঃ.....
(লাইসেন্সের অনুলিপি সংযোজন করতে হবে)
- ৫। সর্বশেষ নবায়নের তারিখঃ.....
- ৬। কার্য এলাকাঃ.....
- ৭। বেড সংখ্যাঃ.....
- ৮। কর্মরত জনবলের বিবরণঃ সাইক্রিয়াটিক চিকিৎসক, নার্স, কাউন্সিলরসহ কর্মরত অন্যান্য জনবলের বিবরণ
আলাদা ছকে (পদের নাম, সংখ্যা, শিক্ষাগত যোগ্যতা ইত্যাদি তথ্যসহ) আবেদনপত্রের সাথে সংযুক্ত করতে হবে।
- ৯। বর্তমান কার্যক্রমসমূহের নামঃ(১).....(৪).....
(২).....(৫).....
(৩).....(৬).....
(কার্যক্রমের বিস্তারিত বিবরণ/বার্ষিক প্রতিবেদন সংযোজন করিতে হইবে)
- ১০। চাহিত অনুদানের পরিমাণঃ টাকা.....
- ১১। চাহিত অনুদান যে কার্যক্রমে ব্যয় করা হইবেঃ.....
- ১২। বাংলাদেশের অন্যান্য প্রতিষ্ঠান থেকে গত তিন বৎসরের অনুদানের বিবরণঃ (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে)
- ১৩। আমরা এই মর্মে ঘোষণা করিতেছি যে, উপরে বর্ণিত তথ্যাবলী সম্পূর্ণ সত্য। আমরা আরও ঘোষণা করিতেছি যে,
মাদকদ্রব্য নিয়ন্ত্রণ অধিদপ্তর কর্তৃক বরাদ্দকৃত আর্থিক অনুদান খরচের ব্যাপারে অর্পিত যাবতীয় শর্তাবলী আমরা
মানিয়া চলিতে বাধ্য থাকিব।

.....
পরিচালক/স্বত্বাধিকারীর স্বাক্ষর (তারিখসহ)
নামঃ.....
(সীলমোহর)

১৪। অনুদান প্রাপ্তির জন্য সুপারিশকৃত/সুপারিশকৃত নহে।

স্বাক্ষর.....

উপ-পরিচালক / সহকারী পরিচালক, জেলা মাদকদ্রব্য নিয়ন্ত্রণ কার্যালয়
(সীলমোহর)

১৫। স্বাক্ষর

জেলা প্রশাসক

জেলাঃ

বিঃদ্রঃ আবেদনপত্র মূলকপি প্রধান কার্যালয়ে পাঠাতে হবে। ফটোকপি অফিস কপি হিসাবে সংরক্ষণ করতে হবে।