



সকল তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করা হবে এবং শুধুমাত্র আপনি অসুস্থ হলেই আপনার সাথে যোগাযোগ করার জন্য ব্যবহৃত হবে।
গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের করোনা ভাইরাস (COVID-19) সংক্রমণ ক্রিনিং কার্যক্রমের অংশ হিসাবে দেশের স্থল
নৌ/ বিমানবন্দর সমূহের মাধ্যমে দেশে প্রবেশকারীদের নিচের তথ্যগুলি পূরণ করতে হবে।

স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ঘোষণা পত্র

যাত্রীর নাম: -----
 লিঙ্গ: পুরুষ / মহিলা / অন্যান্য ----- জন্ম তারিখ: -----
 জাতীয়তা: ----- পাসপোর্ট নং: -----
 ফ্লাইট / গাড়ী নং: ----- আসন নং: -----
 যে দেশ থেকে যাত্রা শুরু করেছেন: -----
 আগমনের তারিখ: ----- প্রস্থানের তারিখ: -----
 গত ২সপ্তাহে যে সমস্ত দেশ ভ্রমণ করেছেন: -----
 বাংলাদেশে অবস্থানকালীন ঠিকানা:
 জেলা: ----- উপজেলা: ----- ইউনিয়ন: -----
 গ্রাম/মহল্লা: ----- রাস্তা: ----- বাড়ি: -----
 মোবাইল নং:

নিচের কোনো লক্ষণ থাকলে অনুগ্রহ পূর্বক (✓) টিক দিন

- জ্বর
- কাশি
- শ্বাসকষ্ট
- রুান্তি
- গলাব্যথা
- মাথাব্যথা
- ইদানিং স্বাদ কিংবা গন্ধ না পাওয়া

আপনি কিংবা আপনার ভ্রমণসঙ্গীদের মধ্যে কেউ গত তিন দিনের মধ্যে কোভিড-১৯ টেস্ট পজেটিভ ছিল কি না?

হা না (কোভিড-১৯ টেস্ট পজেটিভ থাকলে এই ফরমের সাথে রিপোর্টটি জমা দিন)

আপনি কিংবা আপনার ভ্রমণসঙ্গীদের মধ্যে কেউ কোভিড-১৯ ভ্যাক্সিন নিয়েছিলেন কিনা? নিয়ে থাকলেঃ

১ম ডোজ নেয়ার তারিখ ২য় ডোজ ডোজ নেয়ার তারিখ
(দিয়ে থাকলে টিকার কার্ডটি দেখান, এবং ফটোকপি জমা দিন)

❖ স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ঘোষণা: আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি আমার জানামতে এ সকল তথ্য সত্য।

যাত্রীর স্বাক্ষর: -----

স্বাস্থ্য কর্মকর্তার স্বাক্ষর: -----

হযরত শাহজালাল আন্তর্জাতিক বিমান বন্দর

আইএইচআর,মাইগ্রেশন হেলথ ইমার্জিং-রি ইমার্জিং ডিজিজ কন্ট্রোল প্রোগ্রাম, সিডিসি, স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা।

উপরের অংশ পূরণ করে হেলথ ডেস্কে জমা দিন

নিচের অংশ পূরণ করে ইমিগ্রেশন ডেস্কে জমা দিন।

যাত্রীর নাম: -----
 লিঙ্গ: পুরুষ / মহিলা / অন্যান্য ----- জন্ম তারিখ: -----
 জাতীয়তা: ----- পাসপোর্ট নং: -----
 আগমনের তারিখ: ----- ফ্লাইট নং: ----- মোবাইল নং: -----
 বাংলাদেশের অবস্থানকালীন ঠিকানা:
 জেলা: ----- উপজেলা: ----- ইউনিয়ন: -----
 গ্রাম/মহল্লা: ----- রাস্তা: ----- বাড়ি: -----
 যাত্রীর স্বাক্ষর: ----- স্বাস্থ্য কর্মকর্তার স্বাক্ষর: -----
 হযরত শাহজালাল আন্তর্জাতিক বিমান বন্দর

