

বিজ্ঞপ্তি

চীন সরকারের অর্থায়নে চীনে অনুষ্ঠেয় “Seminar on E-government for Developing Countries” শীর্ষক কোর্সের জন্য নিম্নোক্ত শর্ত সাপেক্ষে সরকারি কর্মকর্তা মনোনয়নের লক্ষ্যে আবেদন আহ্বান করা যাচ্ছে:

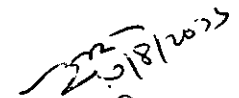
এতদসংক্রান্ত চাহিত যোগ্যতা ও অন্যান্য সংশ্লিষ্ট তথ্যাবলী এসাথে সংযুক্ত করা হলো।

শর্তসমূহ:

১. আবেদনকারী বাংলাদেশের নাগরিক ও সরকারি চাকুরিজীবী হতে হবে। আবেদনকারীর বয়স আবেদনের সময় ৪৫ এর নীচে হতে হবে;
২. সরকারের উপসচিব পর্যায়ের কর্মকর্তা যারা বিভিন্ন সরকারি অফিসে Innovation Team এর সাথে সরাসরি জড়িত এবং যাদের আগামী জানুয়ারি ২০১৭ মেয়াদ পর্যন্ত অফিসিয়াল পাসপোর্ট রয়েছে কেবল তাঁরা এ কোর্সে আবেদন করতে পারবেন;
৩. আবেদনকারীর চাকুরি স্থায়ী হতে হবে;
৪. আবেদনকারীকে স্ব স্ব নিয়ন্ত্রণকারী কর্মকর্তার অনুমতিক্রমে আবেদন করতে হবে;
৫. আবেদনপত্রের সঙ্গে আবেদনকারীর তথ্যাবলী (সংযুক্ত ফরমে) স্পষ্টভাবে উল্লেখ করতে হবে। আবেদনকারীর কোর্সের সঙ্গে তাঁর চাকুরির সংশ্লিষ্টতা থাকতে হবে;
৬. আবেদনকারীকে সংযুক্ত চীনা রেজিস্ট্রেশন ফরম ও চিকিৎসা ফরম পূরণ করে আবেদন পত্রের সঙ্গে প্রেরণ করতে হবে;
৭. আবেদনপত্র বিবেচনার ক্ষেত্রে জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়ের সিদ্ধান্ত চূড়ান্ত;
৮. আবেদনপত্রের সঙ্গে আবেদনকারীর Innovation Team এ কাজ করার প্রমাণক প্রজ্ঞাপন/অফিস আদেশ সংযুক্ত করতে হবে;
৯. যে সকল কর্মকর্তা ইতিপূর্বে চীন সরকারের অর্থায়নে চীনে কোন কোর্সে অংশগ্রহণ করেছেন তাঁদের আবেদন করার প্রয়োজন নেই;
১০. জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয় বাছাইকৃত আবেদনকারীর অনুকূলে চীনা বৃত্তি প্রাপ্তির নিশ্চয়তা প্রদান করে না। প্রার্থীত বৃত্তি প্রাপ্তির বিষয়ে চীনের সংশ্লিষ্ট কর্তৃপক্ষের সিদ্ধান্ত চূড়ান্ত;
১১. জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়ের ২৯/৮/৯২খ্রিঃ তারিখের স্মারক নং-সম (বিঃপ্রঃ)-৮০/৯২-৫১৮(৫০০) নং আদেশ এবং ১২ মে ২০০৩ তারিখে প্রকাশিত গেজেটে (জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়ের বিদেশ প্রশিক্ষণ গবেষণা শাখা) জনপ্রশাসন প্রশিক্ষণ নীতিমালা ও বিদেশ প্রশিক্ষণে কর্মকর্তা মনোনয়ন বিষয়ে প্রধানমন্ত্রীর কার্যালয়ের ১৯ জুন, ২০১১ খ্রি. তারিখের ০৩.০৬৯.০২৫.০৬. ০০.০০৩.২০১১-১৪৪ (৫০০) সংখ্যক পত্রের মর্মানুসারে প্রয়োজনীয় কার্যক্রম গ্রহণ করা হবে;
১২. অসমাপ্ত বা বিলম্বে প্রাপ্ত আবেদনপত্র অথবা কোর্স সংশ্লিষ্ট নয় এমন আবেদনপত্র বাতিল বলে গণ্য হবে;
১৩. নিম্নস্বাক্ষরকারীর দপ্তরে (ভবন নং-২, কক্ষ নং-১০৯) আবেদন পত্র (বাংলা), চীনা রেজিস্ট্রেশন ফরম ও চিকিৎসা ফরম (ইংরেজি) ও অফিসিয়াল পাসপোর্টের ফটোকপিসহ সংশ্লিষ্ট চাহিত দলিলপত্রের ৩ (তিন) সেট হার্ডকপি আগামী ০৬/০৪/২০১৬ তারিখের মধ্যে আবশ্যিকভাবে প্রেরণ করতে হবে।

যথাযথ কর্তৃপক্ষের অনুমোদনক্রমে এ বিজ্ঞপ্তি প্রকাশ করা হলো।

সংযুক্তি: বর্ণনামতে।


ড. আবদুল হামিদ
উপসচিব
ফোন: ৯৫৭৪৪২৬
sasft.mopa@gmail.com

বিতরণ- সদয় জ্ঞাতার্থে ও কার্যার্থে:

- ১। সিনিয়র সচিব/সচিব (সকল মন্ত্রণালয়/বিভাগ)।
- ২। বিভাগীয় কমিশনার (সকল)।
- ৩। জেলা প্রশাসক (সকল)।
- ৪। সিনিয়র সিস্টেমস এনালিস্ট, পিএসিসি, জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয় (জরুরি ভিত্তিতে ওয়েব সাইটে প্রদর্শনের অনুরোধসহ)।
- ৫। সিনিয়র সচিবের একান্ত সচিব, জনপ্রশাসন মন্ত্রণালয়।

আবেদন ফরম

০১।	নাম ও পরিচিতি নম্বর	:	
০২।	পদবী ও বর্তমান কর্মস্থল	:	
০৩।	জন্ম তারিখ ও বয়স	:	
০৪।	চাকুরি স্থায়ী তারিখ	:	
০৫।	শিক্ষাগত যোগ্যতার বিবরণ (স্নাতক ও তদূর্ধ্ব)	:	
০৬।	ইতিপূর্বে বিদেশ প্রশিক্ষণ/উচ্চশিক্ষা গ্রহণ করলে তার বিবরণ	:	
০৭।	মোবাইল নম্বর, ই-মেইল এড্রেস	:	
০৮।	অফিসিয়াল পাসপোর্ট নম্বর ও মেয়াদ	:	
০৯।	Innovation Team এর সদস্য হিসেবে উদ্ভাবনী কাজের বিবরণ (যদি থাকে)	:	

নিয়ন্ত্রণকারী কর্তৃপক্ষের সুপারিশ
স্বাক্ষর ও সীল

আবেদনকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষর ও সীল

Registration Form

Country: Bangladesh

Name		Sex	
Birthday		Religion	
Passport No.		Validity of Passport	
Ministry/ Organization	Organization		
	Position		
	Education		
	Responsibility		
Contact Information	Address		
	Phone&Mobile		
	Fax		
	Email		
Taboo in Food			
Health Condition	Health Condition: _____ History of infectious diseases: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, please specify:		
Brief Resume			

Signature: _____

- Note: 1. The form had better be printed, if written, please write in capital letters.
2. Please make sure that the name is the same as your passport's name.

报名表

INFORMATION FORM OF PARTICIPANT (学员信息表)

I. Name of the seminar/training course (研修班/培训班名称): _____

II. Personal Data (个人信息)

1. Surname (姓): _____

Given Name (名): _____

2. Sex (性别): male (男), female (女)

3. Date of Birth (出生日期): _____

4. Place of Birth (出生地): _____

5. Nationality (国籍): _____

6. Mother Tongue (母语): _____ 7. Religion (宗教): _____

8. Food abstention (饮食禁忌): _____

9. Health Condition (健康状况): _____

10. History of hypertension, cardiovascular and cerebrovascular disease or infectious disease (有无高血压、心脑血管等慢性病史及传染病史): No (无), Yes (有)

If yes, please specify (如有, 请详细说明): _____

11. Mail address (通信地址): _____

Phone (电话): _____ Fax (传真): _____

E-mail (电子邮件): _____

12. Permanent address (固定联系地址): _____

13. Person to be contacted in emergency (紧急情况联系人):

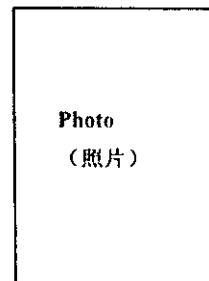
Name (姓名): _____ Address (地址): _____

Phone (电话): _____ Fax (传真): _____

E-mail (电子邮件): _____

14. Statement of present work (当前工作情况):

Name of institute (单位): _____



Position (职务): _____ Date of appointment (任职日期): _____

Brief description of duties (岗位职责): _____

15. Work experience (Starting from current position): (工作经历, 从当前工作写起)

Date (日期)	Position (职务)	Brief description of duties (职责)
_____	_____	_____
_____	_____	_____

16. Educational and/or professional qualifications (教育背景及专业职称):

Date (时间)	Level (等级)	Awarding Institution (授予单位)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

17. Working Language Proficiency (Please tick) (工作语言熟练程度, 请标记):

Reading (读): excellent (优秀), good (好), fair (一般), poor (较差)

Listening (听): excellent (优秀), good (好), fair (一般), poor (较差)

Speaking (说): excellent (优秀), good (好), fair (一般), poor (较差)

Writing (写): excellent (优秀), good (好), fair (一般), poor (较差)

III. Personal Statement (个人声明)

I certify that I have answered the above questions truthfully and completely to the best of my knowledge. I agree to report any relevant alteration in the information given above.

I pledge to observe all the Chinese laws and regulations and will respect the local customs during my stay in China for the training course.

(我确保以上信息填写真实、完整。如有变动, 将及时通知主办方。

参加培训期间, 我保证遵守中国法律、法规, 尊重当地风俗。)

Signature (本人签字)

Both Signature and Seal (经商参处签章)

Date (日期)

Date (日期)

外国人 体格检查记录

PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER

姓名 Name	性别 <input type="checkbox"/> 男 Male Sex <input type="checkbox"/> 女 Female	出生日期 Date of birth	年 月 日 Y M D	照 片 photo																								
现在通讯地址 Present mailing address			血型 Blood Type																									
国籍 Nationality	出生地址 Place of birth																											
<p>过去是否患有下列疾病：（每项后面请回答“否”或“是”） Have you ever had any of the following diseases? (Each item must be answered "Yes" or "No")</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">斑疹伤寒 Typhus fever</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td style="width: 30%;">菌 痢 Bacillary dysentery</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>小儿麻痹症 Poliomyelitis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>布氏杆菌病 Brucellosis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>白 喉 Diphtheria</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>病毒性肝炎 Viral hepatitis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>猩 红 热 Scarlet fever</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>产褥期链球菌感染</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>回 归 热 Relapsing fever</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>Puerperal streptococcus infection</td> <td></td> </tr> <tr> <td>伤寒和付伤寒 Typhoid and paratyphoid fever</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> </table>					斑疹伤寒 Typhus fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌 痢 Bacillary dysentery	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	小儿麻痹症 Poliomyelitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	布氏杆菌病 Brucellosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	白 喉 Diphtheria	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	病毒性肝炎 Viral hepatitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	猩 红 热 Scarlet fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	产褥期链球菌感染	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	回 归 热 Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Puerperal streptococcus infection		伤寒和付伤寒 Typhoid and paratyphoid fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
斑疹伤寒 Typhus fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌 痢 Bacillary dysentery	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																									
小儿麻痹症 Poliomyelitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	布氏杆菌病 Brucellosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																									
白 喉 Diphtheria	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	病毒性肝炎 Viral hepatitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																									
猩 红 热 Scarlet fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	产褥期链球菌感染	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																									
回 归 热 Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Puerperal streptococcus infection																										
伤寒和付伤寒 Typhoid and paratyphoid fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																									
<p>过去是否患有下列危及公共秩序和安全的病症：（每项后面请回答“否”或“是”） Do you have any of the following diseases or disorders endangering the Public order and security? (Each item must be answered "Yes" or "No")</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">毒 物 癮 Toxicomania</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 30%;"></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>精神错乱 Mental confusion</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">精神 病 Psychosis:</td> <td>躁 狂 型 Manic psychosis</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>妄 想 型 Paranoid psychosis</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>幻 觉 型 Hallucinatory psychosis</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> </table>					毒 物 癮 Toxicomania			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	精神错乱 Mental confusion			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	精神 病 Psychosis:	躁 狂 型 Manic psychosis		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	妄 想 型 Paranoid psychosis		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	幻 觉 型 Hallucinatory psychosis		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes						
毒 物 癮 Toxicomania			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																									
精神错乱 Mental confusion			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																									
精神 病 Psychosis:	躁 狂 型 Manic psychosis		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																									
	妄 想 型 Paranoid psychosis		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																									
	幻 觉 型 Hallucinatory psychosis		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																									
身高 Height	厘米 cm	体 重 Weight	公斤 kg	血 压 Blood pressure	毫 米 mmHg																							
发育情况 Development	营养情况 Nourishment		颈部 Neck																									
视力 左 L Vision 右 R	矫正视力 左 L Corrected vision 右 R		眼 Eyes																									
辨色力 Colour sense	皮肤 Skin		淋巴结 Lymph nodes																									
耳 Ears	鼻 Nose		扁桃体 Tonsils																									
心 Heart	肺 Lungs		腹 部 Abdomen																									

1. Qualification for Participants

- 1) Participants are supposed to be under 45 years old;
- 2) Proficiency in English listening, speaking, reading and writing;
- 3) In good health and without epidemic diseases, serious high blood pressure, cardiovascular / cerebrovascular diseases, or mental diseases; not disabled or pregnant;
- 4) Not allowed to take family members or friends to attend the Seminar;
- 5) Having *official passports*.

2. Major Activities of the Workshop

See details in Project Description.

3. Material to be prepared by Participants

- 1) Business cards and 1 passport size photo;
- 2) Other materials needed.

4. Expenditures

- 1) The following expenditures will be covered by the Chinese side:

- Round trip flight tickets
- Boarding and lodging during the Seminar
- Local transportation in China

- Accidental insurance during stay in China
- Certain amount of allowance for participants

- 2) The following expenditure should be paid by participants:

- Passport and Visa fees;
- Luggage overweight fee and flight tickets refund & endorsement, due to personal reasons;
- Mail charges and telephone bills;
- Expenditures on glasses, false tooth fixing and facial make-up; and medical expense for chronic diseases, etc;
- Individual expenditures and costs resulting from prolonged stay in China for personal reasons after the seminar end.

5. Duration

- 1) Arrive in the host city within one day before the opening ceremony;
- 2) Depart from the host city within one day after the closing ceremony.