



শেখ হাসিনা মেডিকেল বিশ্ববিদ্যালয়, খুলনা

পরীক্ষা নিয়ন্ত্রকের দপ্তর

E-mail:shmu.khulna2021@gmail.com

Web:www.shmu.ac.bd



স্মারক নং- শেহামেবি/ প.নি. / এমবিবিএস, নভেম্বর -২০২৩ ফরম পূরণ / ০২/২০২৪ / ৩০১০

তারিখ: ২৯ শে মার্চ, ১৪৩০ বঙ্গাব্দ
১২ ই ফেব্রুয়ারি, ২০২৪ খ্রি.

১ম পেশাগত এমবিবিএস পরীক্ষা, নভেম্বর ২০২৩ (অনুষ্ঠিতব্য মার্চ- ২০২৪), এর ফরম পূরণের বিজ্ঞপ্তি

সংশ্লিষ্ট সকলকে জানানো যাচ্ছে যে, শেখ হাসিনা মেডিকেল বিশ্ববিদ্যালয়, খুলনা-এর অধিভুক্ত সকল সরকারি ও বেসরকারি মেডিকেল কলেজের ২০২১-২০২২ শিক্ষাবর্ষে ভর্তিকৃত শিক্ষার্থীদের ১ম পেশাগত এমবিবিএস পরীক্ষা, নভেম্বর ২০২৩ (অনুষ্ঠিতব্য মার্চ - ২০২৪), আগামী ১৪/০৩/২০২৪ ইং তারিখ হতে শুরু হবে। এ লক্ষ্যে ২০২১-২০২২ শিক্ষাবর্ষের উপযুক্ত শিক্ষার্থী এবং ১ম পেশাগত এমবিবিএস পরীক্ষা, মে-২০২৩ এ রেফার্ডকৃত শিক্ষার্থীদের আগামী ১৫/০২/২০২৪ ইং তারিখ হতে ২৪/০২/২০২৪ ইং তারিখ এর মধ্যে <https://shmu.breachsoft.com/admit/public/login> এই লিংক টি তে প্রবেশ করে নির্ধারিত ফর্ম টি পূরণ করতে হবে।

ফর্ম পূরণ এর জন্য নির্ধারিত ফি, সকল পরীক্ষার্থীর বিল একত্রে কলেজ কর্তৃপক্ষ জনতা ব্যাংক লিমিটেড, নিরলা শাখার হিসাব নং-০১০০২৩২০৭৮৭৬১ তে প্রদান করবেন। পূরণকৃত সকল ফর্ম ও নির্ধারিত ফি জমাদানের রশিদ টি ২৫/০২/২০২৪ ইং তারিখের মধ্যে পরীক্ষা নিয়ন্ত্রক দপ্তরে জমা দেওয়ার জন্য অনুরোধ করা হলো।

পরীক্ষা নিয়ন্ত্রক দপ্তরে ফরম জমাদানের সময় প্রয়োজনীয় কাগজপত্রের বিবরণ:

১. অনলাইন হতে ডাউনলোডকৃত পরীক্ষার্থীর আবেদন ফরম, ফরমের সাথে রেজিস্ট্রেশন কার্ড (অধ্যক্ষ কর্তৃক সত্যায়িত ফটোকপি)
২. অনলাইন হতে ডাউনলোডকৃত পরীক্ষার্থীর প্রবেশপত্র (কালারপ্রিন্ট)
৩. সকল কাগজপত্র একটি ফরওয়ার্ডিং লেটারসহ কলেজ প্রতিনিধির মাধ্যমে পরীক্ষা নিয়ন্ত্রক দপ্তরে প্রেরণ করতে হবে।

ফরম পূরণের জন্য প্রয়োজনীয় ফি এর বিবরণ

ক্র নং	ফি'র বিবরণ	টাকার পরিমাণ
০১.	১ম পেশাগত এমবিবিএস পরীক্ষা, নভেম্বর ২০২৩, প্রতি বিষয় (তৃত্বীয়)	১৫০০/-
০২.	১ম পেশাগত এমবিবিএস পরীক্ষা, নভেম্বর ২০২৩, ব্যবহারিক পরীক্ষার ফি (প্রতি শিক্ষার্থী প্রতি টার্মের জন্য)	১৫০০/-
০৫.	পরীক্ষা কেন্দ্র পরিচালনা ফি (কলেজ কর্তৃপক্ষের অভ্যন্তরীণ ব্যয় নির্বাহের জন্য) প্রতি পরীক্ষার্থী	১৫০০/-
০৬.	পরীক্ষা পরিদর্শন ফি (ভিজিটেশন) বেসরকারি মেডিকেল কলেজ প্রতিদিন ১০,০০০ X ২	২০,০০০/-

উপাচার্য মহোদয়ের নির্দেশক্রমে

Naon
১২/০২/২০২৪

ডা. নাছরিন আক্তার
উপ পরীক্ষা নিয়ন্ত্রক
শেখ হাসিনা মেডিকেল বিশ্ববিদ্যালয়
খুলনা
০১৯১১০৮৮৯৯৬

তারিখ: ২৯ শে মার্চ, ১৪৩০ বঙ্গাব্দ
১২ ই ফেব্রুয়ারি, ২০২৪ খ্রি.

স্মারক নং: শেহামেবি/ প.নি. / এমবিবিএস, নভেম্বর -২০২৩ ফরম পূরণ / ০২/২০২৪ / ৩০১০ (২৭)

সদয় অবগতি ও প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণের জন্য অনুলিপি প্রেরণ করা হলো (জ্যেষ্ঠতার ক্রমানুসারে নয়)-

- ১) কোষাধ্যক্ষ, শেখ হাসিনা মেডিকেল বিশ্ববিদ্যালয়, খুলনা
- ২) ডিন, সকল অনুষদ, অত্র বিশ্ববিদ্যালয়
- ৩) অধ্যক্ষ, খুলনা মেডিকেল কলেজ, খুলনা/ সাতক্ষীরা মেডিকেল কলেজ, সাতক্ষীরা/ যশোর মেডিকেল কলেজ, যশোর/ কুষ্টিয়া মেডিকেল কলেজ, কুষ্টিয়া/ মাগুরা মেডিকেল কলেজ, মাগুরা/ গাজী মেডিকেল কলেজ, খুলনা/ খুলনা সিটি মেডিকেল কলেজ, খুলনা/ আদ্-দ্বীন আকিজ মেডিকেল কলেজ, খুলনা/ আদ্-দ্বীন স্কিনা উইমেন্স মেডিকেল কলেজ, যশোর।
- ৪) পি এ স টু ভিসি, অত্র বিশ্ববিদ্যালয় (বিষয়টি ভিসি মহোদয়ের দৃষ্টিগোচর করার অনুরোধসহ)
- ৫) পিএ টু রেজিস্ট্রার, অত্র বিশ্ববিদ্যালয়
- ৬) কলেজ পরিদর্শক শাখা / অর্থ শাখা, বিল শাখা, অত্র বিশ্ববিদ্যালয়
- ৭) দপ্তর নথি, সংরক্ষণ নথি
- ৮) নোটিশ বোর্ড