



BCPS

# বাংলাদেশ কলেজ অব ফিজিশিয়ানস্ এন্ড সার্জনস্ Bangladesh College of Physicians & Surgeons

সিপিএস নং- ৭৭৬/২০২০/

তারিখ : ১২-০১-২০২০ খ্রিঃ

## বিজ্ঞপ্তি

এফসিপিএস ১ম পর্ব পাস করা অবৈতনিক প্রশিক্ষণার্থীদেরকে শর্ত সাপেক্ষে প্রতিমাসে ২০,০০০/- (বিশ হাজার) টাকা করে পারিতোষিক প্রদান করা হবে। বিসিপিএস-এর ওয়েবসাইট থেকে নির্ধারিত ফরম ডাউনলোড করে তা পূরণপূর্বক আগামী ১৮ জানুয়ারি, ২০২০ খ্রিঃ তারিখের মধ্যে কলেজের আরটিএম বিভাগে জমা দেয়ার জন্য সংশ্লিষ্ট সবাইকে অনুরোধ করা যাচ্ছে।

ইতিপূর্বে যাঁরা পারিতোষিকের জন্য আবেদন করেছেন, তাঁদের পুনরায় আবেদন করার প্রয়োজন নাই।

এতদসংক্রান্ত বিষয়ে বিস্তারিত তথ্য জানার জন্য কলেজের ওয়েবসাইট [www.bcps.edu.bd](http://www.bcps.edu.bd) ভিজিট করুন।

(অধ্যাপক আবুল বাসার মোহাম্মদ খুরশীদ আলম)

অনারারী সচিব, বিসিপিএস।



# BANGLADESH COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS (BCPS)

02 copies  
Passport size  
Colour Photo

## Application form for training allowances for the FCPS Part-I qualified honorary trainees

General information	
Name (Block Letters):	
Father's/Spouse Name:	
Mother's Name:	
Date of Birth:	
Nationality:	
Religion:	
National ID No.:	
Address of communication	
	Mobile: <input type="text"/> Tel (Res): <input type="text"/>
	E-mail: <input type="text"/>
Permanent Address:	
Employment Status (If applicable)	
MBBS/BDS Data	Year of Qualification: <input type="text"/>
	Institute: <input type="text"/>
BMDC Reg. No.:	
FCPS PART-I Examination Data	Specialty: <input type="text"/> Roll No: <input type="text"/>
	Year of Passing: <input type="text"/> January <input type="text"/> July <input type="text"/>
Online Reg. No./ Enrollment (after passing FCPS Part-I)	
Are you selected or continuing the residency training/diploma course/ Govt. service/Private service?	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	If yes, please mention:
	Starting date: <input type="text"/> Ending date (if applicable): <input type="text"/>

**Training database:**

**Are you continuing the FCPS training?** Yes  No  If yes, please fill up the following table

Name of the Institutes	Name of the Department	Name of the Supervisor, Designation	Duration of training	
			Starting date	To be ended or continued

**Have you obtained FCPS training before:**

Name of the Institutes	Name of the Department	Name of the Supervisor, Designation	Duration of training	
			Starting date	Ending date

**Please mentioned the name of the three government institutes with department recognized by BCPS according to your choice where you want to obtain the fellowship training:**

Name of the Institutes	Name of the Department	Duration of training	
		Starting date	Ending date
1.			
2.			
3.			

**Bank Information of the applicants:**

Name in block letters (as per Bank Account):  
 Name of the bank: Name of the branch:  
 Account Number (13 digits or above): Routing Number:

**Undertaking:**

I Dr. ....declared that the information given by me in this form is entirely true and authentic. The application may be cancelled if any information mentioned above is found to be false or incomplete.

.....  
 Applicant's Signature & Date

**Enclosures:**

- Two copies of recent passport size color photograph.
- Photocopies of the following documents which are dully attested:
  - Congratulation letter of FCPS Part-I/Document of FCPS Part-I result,
  - MBBS/BDS Certificate,
  - BMDC Registration Certificate,
  - National ID card,
  - Training Certificate (if applicable)
  - A page of the bank cheque book

.....

**For Official use only**

**To be scrutinized by the department of Research and Training Monitoring (RTM) of BCPS for eligibility of an applicant**

The applicant is: eligible <input type="checkbox"/> not eligible <input type="checkbox"/>				
..... Principal Research Officer	..... Honorary Director (RTM)	..... Deputy Director Admin	..... Director Admin	..... Honorary Secretary