



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার  
অধ্যক্ষের কার্যালয়

# সরকারি সিটি কলেজ, চট্টগ্রাম

ফোন নং-৬৩৬০৫১, ৬২৬২০৪, ৬২৬৬০৩, ফ্যাক্স : ৬১৯৪৬৮।

ই-মেইল : principal@gccc.edu.bd, info@gccc.edu.bd, principal\_citycollege\_ctg@yahoo.com

ওয়েব সাইট : www.gccc.edu.bd.



## বিজ্ঞপ্তি

তারিখ : ১৯/১১/২০২১।

সরকারি সিটি কলেজ চট্টগ্রাম এর ২০২১ সালের উচ্চ মাধ্যমিক পরীক্ষার্থীদের জানানো যাচ্ছে যে, ২০২১ সালের উচ্চ মাধ্যমিক পরীক্ষার্থীদের কোভিড-১৯ টীকা প্রদান কার্যক্রম চলমান আছে। নিম্নে উল্লেখিত রোলনম্বরধারী শিক্ষার্থীদের ডাউনলোডকৃত/নিম্নে প্রদত্ত টীকা কার্ডের প্রযোজ্য অংশ বাসা থেকে পূরণ করে এবং এইচএসসি রেজিস্ট্রেশন কার্ডের ফটোকপিসহ যথাসময়ে কেন্দ্রে (চট্টগ্রাম গ্রামার স্কুল, ন্যাশনাল ক্যারিকুলাম, চট্টেশ্বরী রোড ক্যাম্পাস) উপস্থিত হয়ে টীকা গ্রহণের জন্য নির্দেশ দেয়া যাচ্ছে। শিক্ষার্থীদের সহযোগিতা করার জন্য নিম্নোক্ত শিক্ষকমন্ডলী এবং কলেজ যুব রেড ক্রিসেন্টের সদস্যবৃন্দ উপস্থিত থাকবেন।

দায়িত্বপ্রাপ্ত শিক্ষক :

তারিখ	দায়িত্বপ্রাপ্ত শিক্ষক
২০/১১/২০২১	জনাব প্রভাত বড়ুয়া, প্রভাষক, ইংরেজি বিভাগ জনাব চিটু দত্ত, প্রভাষক, প্রাণিবিজ্ঞান বিভাগ
২১/১১/২০২১	জনাব মাহমুদুল হাসান, প্রভাষক, ইসলামের ইতিহাস ও সংস্কৃতি শিক্ষা বিভাগ জনাব মোঃ আবু নাছির, প্রভাষক, হিসাববিজ্ঞান বিভাগ

তারিখ, সময় ও স্থান	বিভাগ	শ্রেণি রোল	বুথ
২০/১১/২০২১ সকাল ০৯:০০টা থেকে বিকাল ০৩:০০টা চট্টগ্রাম গ্রামার স্কুল ন্যাশনাল ক্যারিকুলাম চট্টেশ্বরী রোড ক্যাম্পাস	বিজ্ঞান	৫০৩ - ৬৪৮ = ১৪৬ জন	০৩
	ব্যবসায় শিক্ষা (দিবা)	১০০১ - ১০৩৪ = ৩৪ জন	০৩
		১০৩৫ - ১২৮৯ = ২৫৫ জন	০৪
২১/১১/২০২১ সকাল ০৯:০০টা থেকে বিকাল ০৩:০০টা চট্টগ্রাম গ্রামার স্কুল ন্যাশনাল ক্যারিকুলাম চট্টেশ্বরী রোড ক্যাম্পাস	ব্যবসায় শিক্ষা (দিবা)	১২৯০ - ১৪০২ = ১১৩ জন	০১
	মানবিক (দিবা)	২০০১ - ২১৩৭ = ১৩৭ জন	০১
		২১৩৮ - ২৩৬০ = ২২৩ জন	০২
	ব্যবসায় শিক্ষা (বৈকালিক)	৩০০১ - ৩০২৭ = ২৭ জন	০২

  
(প্রফেসর ড. সুদীপা দত্ত)

অধ্যক্ষ

সরকারি সিটি কলেজ, চট্টগ্রাম



কোভিড-১৯ টিকাদান কার্ড  
(Covid-19 Vaccination Card)

রেজিস্ট্রেশন নং- \_\_\_\_\_ তারিখ- / /  
 নাম- \_\_\_\_\_  
 জন্ম তারিখ- / / বয়স- \_\_\_\_\_  
 জাতীয় পরিচয়পত্র / জন্ম সনদ নম্বর- \_\_\_\_\_  
 মাতার নাম- \_\_\_\_\_  
 পিতার নাম- \_\_\_\_\_  
 বাড়ি/হোল্ডিং নং- \_\_\_\_\_ গ্রাম/মহল্লা/পাড়া- \_\_\_\_\_  
 উপজেলা/সিটি কর্পোরেশন- \_\_\_\_\_ ওয়ার্ড নং- \_\_\_\_\_  
 জেলা- \_\_\_\_\_ ইউনিয়ন- \_\_\_\_\_  
 কেন্দ্রের নাম- \_\_\_\_\_  
 টিকাদান কর্মীর তথ্য  
 নাম- \_\_\_\_\_  
 কেন্দ্রের আইডি- \_\_\_\_\_  
 মোবাইল- \_\_\_\_\_

কোভিড-১৯ টিকা প্রদান সম্পর্কিত তথ্য

টিকার ডোজ	টিকা পাওয়ার তারিখ	টিকা প্রদানের তারিখ ও কর্মীর স্বাক্ষর
কোভিড-১৯ টিকা- ১ম ডোজ		
কোভিড-১৯ টিকা- ২য় ডোজ		
টিকার নাম, প্রস্তুতকারী প্রতিষ্ঠান, ব্যাচ নম্বর	ডোজ-১:	
	ডোজ-২:	

সাধারণ নির্দেশনাবলী

- > কোভিড-১৯ টিকার ১ম ও ২য় ডোজ নেয়ার জন্য নির্দিষ্ট তারিখে নির্দিষ্ট টিকাদান কেন্দ্রে এই টিকার কার্ডটি সাথে নিয়ে আসুন।
- > টিকা দেওয়ার পর যে কোন সমস্যা/অসুবিধা হলে সাথে সাথে টিকাদান কর্মীকে খবর দিন। প্রয়োজনে উদ্ভিষ্ট জনগণকে নিকটস্থ স্বাস্থ্য কেন্দ্রে নিয়ে আসুন।
- > টিকা দেওয়ার পূর্বে এসএমএস এর মাধ্যমে টিকা কেন্দ্র ও প্রদানের তারিখ জানানো হবে।
- > টিকা প্রদান শেষ হলেও ভবিষ্যৎ প্রয়োজনে কার্ডটি সংরক্ষণ করুন
- > টিকার কার্ডটি হারিয়ে গেলেও [www.surokha.gov.bd](http://www.surokha.gov.bd) ওয়েবসাইট থেকে ডাউনলোড করা যাবে।
- > কোভিড-১৯ টিকার ২টি ডোজ সম্পন্ন হলে [www.surokha.gov.bd](http://www.surokha.gov.bd) হতে সনদ সংগ্রহ করা যাবে।
- > কোভিড-১৯-এর টিকা পেলেও যথাযথ স্বাস্থ্য বিধি মেনে চলুন।

আপনার সহযোগিতায় বাংলাদেশ সরকার কোভিড-১৯ ড্যাকসিন উদ্ভিষ্ট সকলের কাছে পৌঁছে দিতে ব্যস্তপরিচর।



সম্প্রসারিত টিকাদান কর্মসূচি (ইপিআই)  
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর  
স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়



:: সহযোগিতায় ::



কোভিড-১৯ টিকা গ্রহণকারীর অবহিতকরণ সম্মতিপত্র

রেজিস্ট্রেশন নং- \_\_\_\_\_ রেজিস্ট্রেশনের তারিখ- / / \_\_\_\_\_ জাতীয় পরিচয়পত্র / জন্ম সনদ নম্বর \_\_\_\_\_  
 নাম- \_\_\_\_\_  
 > করোনা টিকা সম্পর্কিত তথ্য আমাকে অনলাইন ও সামনা সামনি উপায়ে ব্যাখ্যা করা হয়েছে।  
 > আমি সম্মতি দিচ্ছি যে, টিকা গ্রহণ ও এর প্রভাব সম্পর্কিত তথ্যের প্রয়োজন হলে আমি তা প্রদান করবো।  
 > জানামতে আমার কোনো রকম ঔষধজনিত এলার্জি নেই।  
 > টিকাদান পরবর্তী প্রতিবেদন/গবেষণা পত্র তৈরির ব্যাপারে অনুমতি দিলাম।  
 > আমি স্বেচ্ছায়, সজ্ঞানে এই টিকার উপকারিতা ও পার্শ্ব-প্রতিক্রিয়া (ড্যাকসিন প্রয়োগের স্থানে ফুলে যাওয়া, সামান্য জ্বর, মাথাব্যথা, বমি বমি ভাব, মাথা ও শরীর ব্যথা) সম্পর্কে অবগত হয়ে টিকা গ্রহণে সম্মত আছি।  
 টিকা গ্রহণকারীর স্বাক্ষর \_\_\_\_\_ তারিখ- \_\_\_\_\_