তারিখঃ ০৬/০৭/২০২৬

অধ্যক্ষ/পরিচালক
ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়ের অধিভুক্ত সকল কলেজ

বিষয় ঃ- **২০২৫ সনের আগস্ট মাসের বি.এসসি ইন অকুপেশনাল থেরাপী পরীক্ষার ফরমপূরণ ও ফিস জমা দেওয়া প্রসংগে।**

জনাব,

২০২৫ সনের আগস্ট মাসের বি.এস্সি ইন অকুপেশনাল থেরাপী পরীক্ষায় অংশগ্রহণ করিতে ইচ্ছুক আপনার ইনস্টিটিউটের পরীক্ষার্থীদের ফরমপূরণ ও ফিস্ আগামী ১৪/০৭/২০২৬ তারিখের মধ্যে অনলাইনে সম্পন্ন করিয়া ফরমসমূহ স্ব-স্ব কলেজ অফিসে সংরক্ষণ ও ফিস্ অত্র অফিসে জমা দেওয়ার ব্যবস্থা গ্রহণের জন্য আপনাকে অনুরোধ করা হইল। **“www.ducmc.du.ac.bd”** এই লিংকে প্রবেশ করে ফরমপূরণের সকল কার্যক্রম শিক্ষার্থী নিজেই সম্পন্ন করিতে পারিবে।

উল্লেখ্য যে, ১৪/০৭/২০২৬ তারিখের পর সার্ভার স্বয়ংক্রিয়ভাবে বন্ধ হয়ে যাইবে তাই আর কোন পরীক্ষার্থীর ফরমপূরণ ও ফিস্ জমা নেওয়া সম্ভব হইবে না।

**পরীক্ষার ফিস্ ও অন্যান্য ফিসের হার**

ক) প্রতি বিষয়ের জন্য পরীক্ষার ফিস------------- ৭০০/০০ টাকা(অকুপেশনাল), ৮০০/- (স্পিচ এন্ড ল্যাংগুয়েজ)।
খ) প্রত্যেক পরীক্ষার্থীর নম্বরপত্র ফিস্------------------------------------------------ ৪৫০/০০ টাকা।
গ) রিটেনশন ফিস্------------------------------------------------------------------ ৭৫০/০০ টাকা।
ঘ) কেন্দ্র ফিস------------------------------------------------------------------- ৭৫০/০০ টাকা।
ঙ) এন্ট্রি ফরম------------------------------------------------------------------- ১০০/০০ টাকা।
চ) নন কলেজিয়েট ফি---------------------------------------------------------------- ২,২৫০/০০ টাকা।

**ফরওয়ারডিং লেটার এর মাধ্যমে প্রত্যেক পরীক্ষার্থীর এন্ট্রি ফরম বাবদ জনপ্রতি ১০০/- (একশত) টাকা করে ব্যাংক ড্রাফট/পে-অর্ডার “Controller of Examinations (33011288)” শিরোনামে অত্র অফিসে জমাদানের জন্য অনুরোধ করা যাইতেছে। নগদ/চেক কোন অবস্থাতেই গ্রহণযোগ্য হইবে না। Student Verify ছাড়া ব্যাংক ড্রাফট/পে-অর্ডার জমা নেয়া হইবে না।**

১ম পেশাগত/বর্ষ ১ম পরীক্ষায় অনুপস্থিত থাকলে ২য় পরীক্ষায় অংশগ্রহনের জন্য এবং পরবর্তী থেকে পর পর ০৪ (চার) বার অকৃতকার্য/অনুপস্থিত থাকলে ৫ম বারের জন্য আসন্ন পরীক্ষায় অংশ গ্রহণ করিতে পারিবে না। চিকিৎসা অনুষদের ডিন মহোদয়ের অনুমতি নিয়ে পর পর ০৪ (চার) বার অকৃতকার্য পরীক্ষার্থীরা ৬ষ্ঠ বারের জন্য আসন্ন পরীক্ষায় অংশগ্রহণ করিতে পারিবে।

প্রশাসনিক ভবন,
ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়।

আপনার বিশস্ত
স্বাক্ষর/-
(ড. হিমাদ্রি শেখর চক্রবর্তী)
পরীক্ষা নিয়ন্ত্রক (ভারপ্রাপ্ত)
ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়

মেমো নং- **৪৩১৭/মে.সে./প./৩৩৫** তারিখঃ ০৬/০৭/২০২৬

সদয় অবগতি ও প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণের জন্য অনুলিপি প্রেরণ করা হইল।

১। মাননীয় ডিন, চিকিৎসা অনুষদ, ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়।

ড. হিমাদ্রি শেখর চক্রবর্তী
পরীক্ষা নিয়ন্ত্রক (ভারপ্রাপ্ত)
ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়।