



ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়  
বিজ্ঞপ্তি

২০২৪-২০২৫ শিক্ষাবর্ষের দৃষ্টি প্রতিবন্ধী শিক্ষার্থীদের  
উপবৃত্তির জন্য আবেদন আহ্বান

এতদ্বারা সংশ্লিষ্ট সকলের অবগতির জন্য জানানো যাচ্ছে যে, ২০২৪-২০২৫ শিক্ষাবর্ষে ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়ে অধ্যয়নরত সকল দৃষ্টি প্রতিবন্ধী শিক্ষার্থীদেরকে বেতন মওকুফসহ স্নাতক শ্রেণীর জন্য মাসিক ১২০০/- (এক হাজার দুইশত) টাকা হারে এবং স্নাতকোত্তর শ্রেণীর জন্য মাসিক ১৫০০/- (এক হাজার পাঁচশত) টাকা হারে এক বছর মেয়াদী উপবৃত্তি মঞ্জুর করা হবে।

ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়ে অধ্যয়নরত দৃষ্টি প্রতিবন্ধী শিক্ষার্থীদেরকে উপবৃত্তি মঞ্জুরীর জন্য সংযুক্ত আবেদন ফরম পূরণ করে আগামী ২১/১০/২০২৫ তারিখের মধ্যে রেজিস্ট্রারের অফিসে (কক্ষ নং-২০৩) জমা দেয়ার জন্য অনুরোধ করা যাচ্ছে। উল্লেখ্য আবেদনের সাথে দৃষ্টি প্রতিবন্ধী শিক্ষার্থীর পরিচয়পত্র ও সর্বশেষ পরীক্ষার নম্বরপত্রের সত্যায়িত ফটোকপি সংযুক্ত করে দিতে হবে।

(শিউলি আফসার) ২০/১০/২৫  
ডেপুটি রেজিস্ট্রার (শিক্ষা-৫)  
ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়।

স্মারক নং-রেজিঃ/শিক্ষা-৫/২০৭(খ)/- ২২৬৪০ - মি তারিখঃ ১৮/১০/২০২৫

অবগতি ও প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণের জন্য অনুলিপি প্রেরিত হলো :

- ১। প্রভোস্ট, সকল হল, ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়।
- ২। চেয়ারম্যান, সকল বিভাগ, ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়।
- ৩। পরিচালক, সকল ইনস্টিটিউট, ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়।
- ৪। পরিচালক, আইসিটি (তথ্য ও যোগাযোগ প্রযুক্তি) সেল, ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়।
- ৫। প্রিন্সিপাল প্রতিবন্ধী বিষয়ক কর্মকর্তা, ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয় গ্রন্থাগার, ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়।

বিঃদ্রঃ ১। আবেদন ফরম সকল হল ও বিভাগ থেকে সংগ্রহ করতে হবে।

২। একই শ্রেণীতে একাধিকবার অধ্যয়নরত শিক্ষার্থীগণ এই বৃত্তির আওতায় আসবে না।

(শিউলি আফসার) ২০/১০/২৫  
ডেপুটি রেজিস্ট্রার (শিক্ষা-৫)  
ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়।  
ফোন- ০১৫৫২৩০৬



সত্যায়িত ছবি

**দৃষ্টি/শারীরিক প্রতিবন্ধী শিক্ষার্থীদের ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়ের উপবৃত্তির আবেদন ফর্ম**  
**শিক্ষাবর্ষ: ২০২৪-২০২৫**

১। আবেদনকারীর নাম: .....

২। বিভাগ: .....

৩। অধ্যয়নরত শ্রেণী: ..... ৪। রেজিস্ট্রেশন নম্বর: .....

৫। শিক্ষাবর্ষ: ..... ৬। রোল নম্বর: .....

৭। হলের নাম: ..... ৮। জন্ম তারিখ: .....

৯। বর্তমান ঠিকানা: .....

১০। স্থায়ী ঠিকানা: .....

১১। ধর্ম: ..... ১২। শিক্ষার্থীর এনআইডি নম্বর: .....

১৩। শিক্ষার্থীর মোবাইল নম্বর: ..... ১৪। ইমেইল (যদি থাকে): .....

১৫। পিতার নাম: ..... মোবাইল নম্বর: .....

১৬। মাতার নাম: ..... মোবাইল নম্বর: .....

আবেদনের সাথে দৃষ্টি/শারীরিক প্রতিবন্ধী শিক্ষার্থীর পরিচয়পত্র ও সর্বশেষ পরীক্ষার নম্বরপত্রের সত্যায়িত ফটোকপি সংযুক্ত করে দিতে হবে।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর/টিপসই

প্রভোস্টের স্বাক্ষর ও সীল