

গণপ্রজাতন্ত্রি বাংলাদেশ সরকার সরকারি সমুদ্র পরিবহন অফিস সরকারি কার্য ভবন-০১, আগ্রাবাদ, চট্টগ্রাম ফোন নং-+৮৮০-২৩৩৩২৩৭৫৪ gso@gso.gov.bd



১১ পৌষ ১৪৩০ বঙ্গাব্দ তারিখ: ২৬ ডিসেম্বর ২০২৩ খ্রিস্টাব্দ

নম্বর: ১৮.১৭.১৫০০.৩০৪.০৭.২১০.২৩.৮৭৯

বিজ্ঞপ্তি/নোটিশ

বিষয়: বিজ্ঞপ্তি/নোটিশ ২০ ডিসেম্বর ২০২৩

এতদ্বারা সীফ্যারার, ম্যানিং এজেন্ট, মেরিটাইম একাডেমি, মেরিটাইম ইন্সটিটিউট এবং সংশ্লিষ্ট সকলকে জানানো যাছে যে, সীফ্যারার এর সিডিসিতে প্রদত্ত দুই বছর মেয়াদী মেডিকেল এন্ডোর্সমেন্ট আবেদন ও ফি গ্রহণ প্রক্রিয়াটি অন লাইন ভিত্তিক করা হয়েছে। ০১ জানুয়ারী ২০২৩ খ্রি: তারিখ হতে সকল আবেদন অনলাইনে গ্রহণ শুরু করা হবে। সংশ্লিষ্ট সকলকে অন লাইনে মেডিকেল এন্ডোর্সমেন্ট আবেদন ও ফি প্রদানের জন্য অনুরোধ করা হলো।

অনলাইন রেজিস্ট্রেশেন ও আবেদন পদ্ধতিঃ

- ১. অনলাইনে মেডিকেল এন্ডোর্সমেন্ট এর আবেদনের জন্য আমাদের ওয়েবসাইট (<u>www.gso.gov.bd</u>) ভিজিট করুন। ওয়েবসাইটে অনলাইনে মেডিকেল এন্ডোর্সমেন্ট আবেদন মেনুতে ক্লিক করলেই ওয়েবসাইটি ওপেন হবে। অথবা সরাসরি https://erp.gso.gov.bd/seafarer/web/ এই লিংকটি আপনার ব্রাউজারে প্রদান করলেও ওয়েবসাইটি প্রদর্শিত হবে। সেখানে সীফ্যারার তার User ID ও Password ইনপুট করে Sign in বাটনে ক্লিক করলে প্রয়োজনীয় আবেদন অপশন সমূহ open হবে।
- ২. মেডিকেল এন্ডোর্সমেন্ট বাটনে ক্লিক করলে DOS Approved Doctor List-সহ প্রয়োজনীয় তথ্যাদি পূরণ করে মেডিকেল সাটিফিকেট কপিটি আপলোড করে প্রয়োজনীয় অনলাইন ফি প্রদান করলে আবেদনটি Shipping Office-এর Operator এর নিকট চলে আসবে।
- ৩. যে সকল সীফ্যারার এর সরকারী শিপিং অফিস কর্তৃক সরবরাহকৃত ইউজার আইডি ও পাসওয়ার্ড নেই, তাদেরকে বিজ্ঞপ্তির সাথে সংযুক্ত ফরমটির প্রয়োজনীয় তথ্যাদি পূরণ পূর্বক সফটকপি নিম্নোক্ত যেকোন ই-মেইলে প্রেরণের জন্য অনুরোধ জানানো হলো।

gso@gso.gov.bd dsm@gso.gov.bd asm@gso.gov.bd

ই-মেইল মারফত তথ্যাদি পূরণকৃত ফরম প্রাপ্তি সাপেক্ষে অফিঁস সময়ে অনলাইনে ডাটা এন্ট্রি পূর্বক প্রয়োজনীয় ইউজার আইডি, পাসওয়ার্ড এবং অনলাইন আবেদন লিংক এসএমএস মারফত প্রেরণ করা হবে।

৪. জরুরী প্রয়োজনে সংযুক্ত ফরমটি অফিস সময়ে নিয়য়্রাক্ষরকারীর নিকট জমা প্রদান করা যাবে। তথ্যাদি পূরণকৃত ফরম প্রাপ্তি সাপেক্ষে অফিস সময়ে অনলাইনে ডাটা এন্ট্রি পূর্বক প্রয়োজনীয় ইউজার আইডি, পাসওয়ার্ড এবং অনলাইন আবেদন লিংক এসএমএস মারফত প্রেরণ করা হবে।

মেডিকেল এন্ডোর্সমেন্ট গ্রহণ প্রক্রিয়াঃ

- মেডিকেল এন্ডোর্সমেন্ট গ্রহণের জন্য কমপক্ষে এক (০১) দিন পূর্বে অনলাইন আবেদন সম্পন্ন করতে হবে।
- ২. আবেদনকারীকে মেডিকেল এন্ডোর্সমেন্ট গ্রহণের জন্য অফিস চলাকালীন সময়ের মধ্যে নিম্নোক্ত ডকুমেন্টসসমূহ উপস্থিত হতে হবেঃ
- (ক) অনলাইন আবেদনের সাথে আপলোডকৃত মেডিকেল সার্টিফিকেট এর মূল কপি;
- (খ) আপলোডকৃত মেডিকেল সার্টিফিকেট এর একসেট ফটোকপি;
- (গ) সিডিসি'র মূল কপি;
- (ঘ) অনলাইন পেমেন্ট স্লিপের কপি;
- ৩. উপস্থিত আবেদনকারীর নিকট হতে উল্লেখিত ডকুমেন্টস সমূহ গ্রহণপূর্বক তাঁর অনলাইন আবেদন ও ডকুমেন্টস যাচাই করে সঠিক পাওয়া গেলে তাঁর সিডিসিতে মেডিকেল এন্ডোর্সমেন্ট প্রদান ও অনলাইন আবেদন অনুমোদনের প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণ করা হবে।
- ৪. অনলাইন মেডিকেল এন্ডোর্সমেন্ট আবেদন অনুমোদিত হলে তা সীফ্যারার এর সিডিসি প্রোফাইলে প্রদর্শিত হবে।
- এ সংক্রান্ত বিষয়ে কোন তথ্যাদির প্রয়োজন হলে নিমুস্বাক্ষরকারীর দপ্তরে যোগাযোগের জন্য অনুরোধ জানানো হলো।

২৬-১২-২০২৩ মোঃ জাকির হোসেন চৌধুরী শিপিং মাস্টার gso@gso.gov.bd

বিতরণ জ্ঞাতার্থে/জ্ঞাতার্থে ও কার্যার্থে(জ্যেষ্ঠতার ক্রমানুসারে নয়):

- ১। মহাপরিচালক, মহাপরিচালকের দপ্তর, নৌপরিবহন অধিদপ্তর;
- ২। সরকারি সমুদ্র পরিবহন অফিস গ্রুপ। এবং
- ৩। অফিস সহকারী, শিপিং শাখা, সরকারি সমুদ্র পরিবহন অফিস।



BIO DATA

CDC No			

(Fill In Capital Latter)

1.	ACADEMIC/TR	AINING	INFORMATION's

a.	Academy Name	:	
b.	Batch		
C.	Rank	1:1	
d.	Merit Position (if applicable)		

2. PERSONAL INFORMATION's

a.	Name	:		_	*		
b.	Father's Name	1:					
C.	Mother's Name	1:	7 7 7				
d.	Date of Birth	1:					
e.	Place of Birth	1:					
f.	NID/Passport/Birth Certificate Number	:			*		
g.	Heigh (in CM)	:	-				
h.	Identification Mark	:					
i.	Color of Eyes	:			on the second		2 22
j.	Color of Hair	:		*			
k.	Complexion	:					
1.	Gender	:	in j			TOTAL STREET, THE STREET,	
m.	Religion	:		raya barasana ana an			

3. EDUCATIONAL INFORMATION's

Examination	Board/Institute	Group	Registration No.	Roll No.	Passing Year	GPA
SSC/Equivalent	2					Es.
HSC/Equivalent						
Others		j	,			

4. PERMANENT ADRESS

a.	Village/House No./Road/Ward No.	1:	
b.	Post Office (with Post Code)	+	
C.	Thana/Upazila	1:	
d.	District	:	

Name:

Date:

Signature:

Mobile Number: