

**OSAPS এর নতুন ভার্সনে ইউজারদের Access সংক্রান্ত ফরম**

|                                                               |  |
|---------------------------------------------------------------|--|
| শিক্ষক/কর্মকর্তা/কর্মচারী/সমন্বয়কারীর নাম ও পদবী :           |  |
| স্কুল/বিভাগ/আঞ্চলিক/উপ-আঞ্চলিক কেন্দ্র/স্টাডি সেন্টারের নাম : |  |
| OSAPS এর ইউজার আইডি (....@bou.ac.bd) :                        |  |
| মোবাইল নম্বর :                                                |  |

❖ প্রোগ্রাম সংযোজন : ☐ (টিক চিহ্ন দিন)

❖ প্রোগ্রাম বিয়োজন : ☐ (টিক চিহ্ন দিন)

| ক্রম. | প্রোগ্রামের নাম (একাধিক হতে পারে) |
|-------|-----------------------------------|
| ১.    |                                   |
| ২.    |                                   |
| ৩.    |                                   |
| ৪.    |                                   |

| ক্রম. | প্রোগ্রামের নাম (একাধিক হতে পারে) |
|-------|-----------------------------------|
| ১.    |                                   |
| ২.    |                                   |
| ৩.    |                                   |
| ৪.    |                                   |

❖ আঞ্চলিক কেন্দ্র পরিবর্তন : ☐ (টিক চিহ্ন দিন)

❖ উপ-আঞ্চলিক কেন্দ্র পরিবর্তন : ☐ (টিক চিহ্ন দিন)

|                    |  |
|--------------------|--|
| পূর্বের কর্মস্থল : |  |
| বর্তমান কর্মস্থল : |  |

|                    |  |
|--------------------|--|
| পূর্বের কর্মস্থল : |  |
| বর্তমান কর্মস্থল : |  |

❖ ইউজার আইডি নিষ্ক্রিয়করণ : ☐ (টিক চিহ্ন দিন)

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| ইউজার আইডির নাম লিখুন :            |  |
| নিষ্ক্রিয়করণের কারণ উল্লেখ করুন : |  |

❖ অন্যান্য সমস্যা (উল্লেখ করুন যদি থাকে) : ☐ (টিক চিহ্ন দিন)

.....  
.....

আবেদনকারীর স্বাক্ষর ও সীল

ডীন/বিভাগীয় প্রধান/আঞ্চলিক পরিচালক  
এর স্বাক্ষর ও সীল

OSAPS সুপার এডমিন এর স্বাক্ষর

আইসিটি হেড, আইসিটি ইউনিট

দায়িত্বপ্রাপ্ত কর্মকর্তা (আইসিটি ইউনিট) এর স্বাক্ষর