



Government of the People's Republic of Bangladesh
Ministry of Health & Family Welfare

HEALTH DECLARATION FORM

All information shall be kept confidential and will be used only for contact tracing in the event of your illness.

The Ministry of Health & Family Welfare, Government of the People's Republic of Bangladesh mandatorily requires all the passengers entering through ground crossings, by seaport, or by airport to fill in this form as a part of health screening at the port of entry.

Name:.....

Sex: Male / Female / Other Date of Birth:.....

Nationality:..... Passport No:.....

Flight/ Vehicle No:..... Seat No:.....

Port of Embarkation/Entry:.....

Date of Arrival:..... Date of Departure:.....

Countries visited within last 2 weeks (if any):.....

Address in Bangladesh:

District:..... Upazila:..... Union:.....

Village/Area:..... Road:..... House:.....

Phone no:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Please tick (✓) if you have any of the following symptoms:

- Sore Throat Fever Headache
 Cough Shortness of Breath Vomiting Tendency

❖ Declaration: I hereby declare that the information provided in this form is true to the best of my knowledge.

Signature of Passenger:..... Signature of Health Officer:.....

IHR, Migration Health, Emerging and Re-emerging Disease Control Programme, CDC, DGHS
Mohakhali, Dhaka

Please fill-up the above portion and submitted it to IHR health desk.

Please fill-up this portion and submit it to immigration desk.

Name:.....

Sex: Male / Female / Other Date of Birth:.....

Nationality:..... Passport No:.....

Date of Arrival:..... Mobile No:.....

Address of stay in Bangladesh:.....

Signature of Passenger:..... Signature of Health Officer:.....



গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়
স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ঘোষণাপত্র

সকল তথ্যের গোপনীয়তা রক্ষা করা হবে এবং শুধুমাত্র আপনি অসুস্থ হলেই আপনার সাথে যোগাযোগ করার জন্য ব্যবহৃত হবে।

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের করোনাভাইরাস (COVID-19) সংক্রমণ স্ক্রিনিং কার্যক্রমের অংশ হিসাবে দেশের স্থল/ নৌ/ বিমানবন্দর সমূহের মাধ্যমে দেশে প্রবেশকারীদের নিচের তথ্যগুলি পূরণ করতে হবে।

যাত্রীর নাম:.....

লিঙ্গ: পুরুষ / মহিলা / অন্যান্য জন্ম তারিখ:.....

জাতীয়তা:..... পাসপোর্ট নং:.....

ফ্লাইট / গাড়ী নং:..... আসন নং:.....

যে দেশ থেকে যাত্রা শুরু করেছেন:.....

আগমনের তারিখ:..... প্রস্থানের তারিখ:.....

গত ২ সপ্তাহে যে সমস্ত দেশ ভ্রমণ করেছেন:.....

বাংলাদেশের অবস্থানকালীন ঠিকানা:

জেলা:..... উপজেলা:..... ইউনিয়ন:.....

গ্রাম/মহল্লা:..... রাস্তা:..... বাড়ি:.....

মোবাইল নং:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

নিচের কোনো লক্ষণ থাকলে অনুগ্রহ পূর্বক টিক (✓) চিহ্ন দিন

- জ্বর কাশি শ্বাসকষ্ট
 গলাব্যথা মাথাব্যথা বমি বমি ভাব

❖ স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ঘোষণা: আমি এই মর্মে ঘোষণা করছি আমার জানা মতে এ সকল তথ্য সত্য।

যাত্রীর স্বাক্ষর:..... স্বাস্থ্য কর্মকর্তার স্বাক্ষর:.....

আইএইচআর, মাইগ্রেশন হেলথ, ইমার্জিং এন্ড রিইমার্জিং ডিজিজ কন্ট্রোল প্রোগ্রাম, সিডিসি, স্বাস্থ্য অধিদপ্তর
মহাখালী, ঢাকা

উপরের অংশ পূরণ করে হেলথ ডেস্কে জমা দিন।

নিচের অংশ পূরণ করে ইমিগ্রেশন ডেস্কে জমা দিন।

যাত্রীর নাম:.....

লিঙ্গ: পুরুষ / মহিলা / অন্যান্য জন্ম তারিখ:.....

জাতীয়তা:..... পাসপোর্ট নং:.....

আগমনের তারিখ:..... মোবাইল নং:.....

বাংলাদেশে অবস্থানকালীন ঠিকানা:.....

যাত্রীর স্বাক্ষর:..... স্বাস্থ্য কর্মকর্তার স্বাক্ষর:.....