



TOTAL FITNESS PROGRAM

Quantum Foundation

Associate Registration Form

[PLEASE FILL UP THE FORM IN CAPITAL LETTER]

Photograph

Passport Size
2 Copies

নাম (বাংলায়)																																			
NAME (Spelling as NID. Please leave a box after each word)																																			
																				Male		<input type="checkbox"/>	Female		<input type="checkbox"/>										
<input type="checkbox"/> NID		<input type="checkbox"/> PASSPORT		<input type="checkbox"/> BIRTH CERTIFICATE																															
FATHER																																			
MOTHER																																			
SPOUSE-স্বামী/ স্ত্রী																																			
PRESENT ADDRESS (প্রবাসী হলে বিদেশের ঠিকানা)																																			
DISTRICT												THANA												AREA/ UNION											
MOBILE-1												MOBILE-2																							
E-MAIL																																			
PERMANENT ADDRESS																																			
DISTRICT												THANA												AREA/ UNION											
DATE OF BIRTH		D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	BLOOD GROUP																									
RELIGION												EDUCATION																							
OCCUPATION												DESIGNATION																							
INSTITUTION/ WORKPLACE (In Detail)																																			
REF.	NAME		REG. NO.		RELATION		PHONE																												

আমি কোয়ান্টাম ফাউন্ডেশনের টোটাল ফিটনেস প্রোগ্রামের একজন এসোসিয়েট হতে চাই। আমি ফাউন্ডেশনের নিয়ম-কানুন পুরোপুরি মেনে চলব। নিজের নৈতিক ও মানবিক গুণাবলি বিকাশে সচেষ্ট থাকব। ফাউন্ডেশনের সেবামূলক কাজে আন্তরিক সহযোগিতা করব।

স্বাক্ষর/ Signature _____

Office use only		Center/ Branch/ Cell		Money Receipt No.			
Associate No.		Date		Organier's Name			