



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 নেতৃত্ব 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		Organizer's Name		