



# Division of Licensing Services

নিউ ইয়র্ক স্টেট  
ডিপার্টমেন্ট অফ স্টেট  
লাইসেন্স পরিষেবার বিভাগ  
P.O. Box 22001  
Albany, NY 12201-2001  
গ্রাহক পরিষেবা: (518) 474-4429  
www.dos.ny.gov

## অভিজ্ঞ বিবৃতি

অনুগ্রহ করে প্রিন্ট অথবা টাইপ করুন

আবেদনে যে বিষয়ে বলা হয়েছে

	(নাম)
এর জন্য অপারেটরের	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____

I, \_\_\_\_\_, এতে বসবাস করেন \_\_\_\_\_  
(সাক্ষী)

\_\_\_\_\_ দেশে \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ স্টেটে

আমি বর্তমানে \_\_\_\_\_  
হিসেবে -এর জন্য কাজ করছি \_\_\_\_\_ এর

কান্ডি এর স্টেট \_\_\_\_\_ আমি ব্যক্তিগতভাবে চিনি \_\_\_\_\_  
(আবেদনকারী)

অপারেটর লাইসেন্সের আবেদনকারী প্রায় \_\_\_\_\_ বছরের মেয়াদে আমি আমার নিজস্ব জ্ঞান সম্বন্ধে জানি

উপরে উল্লিখিত অনুশীলনে নিযুক্ত আবেদনকারী বলেছেন \_\_\_\_\_ থেকে \_\_\_\_\_  
পর্যন্ত অনুশীলন করেন, (মাস, দিন, বছর) (মাস, দিন, বছর)

এর স্টেট/দেশ \_\_\_\_\_

এই ধরনের জ্ঞান নিম্নোক্ত ঘটনার ভিত্তিতে তৈরি হয়: (প্রয়োজন হলে অনুগ্রহ করে বিপরীত দিক ব্যবহার করুন)

I, \_\_\_\_\_, সাবস্কাইব এবং নিশ্চিত করা, প্রতারণা শাস্তির অধীন, এখানে

উল্লিখিত বিবৃতি আমি পরীক্ষা করেছি এবং আমার সেরা জ্ঞান ও বিশ্বাস অনুসারে এটা সত্য এবং সঠিক।

(স্বাক্ষর)

(তারিখ)