



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	_____ বারবার
	_____ কসমেটোলজি
	_____ কলাশাস্ত্র
	_____ নেল স্পেশালিটি
	_____ ন্যাচারাল হেয়ার স্টাইলিং
	_____ ওয়াক্সিং

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)