



WBCROS

MP(SE), DEC-2024

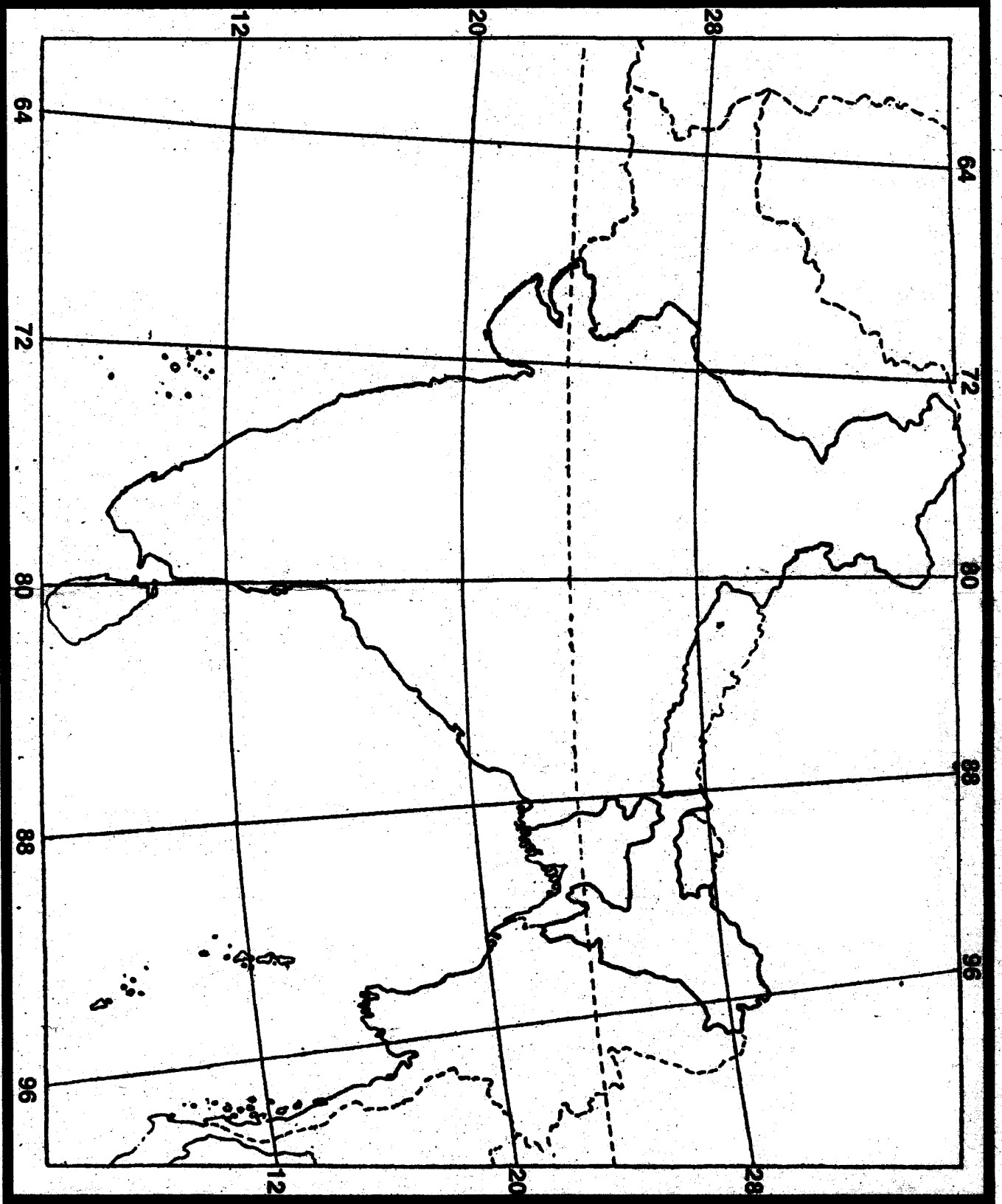
নাম (Name)

নথিভুক্তি নম্বর (Registration No.)

Year

Roll

No



পরীক্ষার্থীর পূর্ণ স্বাক্ষর
(Full Signature of the Candidate)

নজরদারের স্বাক্ষর তারিখসহ
Signature of the Invigilator
with date after verification

VENUE/CENTRE CODE