

৪৩০৬
২৬/০৬/১৭

(অফিসিয়াল কপি ডাটামার্কের প্রেরিত)
নতুন কপি

✓ (বিভাগীয় অনাপত্তি (NOC) ফরম)
(সরকারি/ আধাসরকারি/ স্বায়ত্তশাসিত/ স্বদ্বায়ত্ত সংস্থা)

মুহাম্মদ অফিদিপুত্র, মন্ত্রণালয়, ঢাকা - ১২১২

ফরম নং: আ.অফি: / চি.সি. / বি.বি.বি. / ২০১৩ / ৪৯৫

তারিখ: ২০-০৬-২০১৬

কিয়ামত: জনাব: ডা. মো. শ্রমদাচুল ২৬ পিতা/স্বামী: মো. হুমায়ুন আলী

এর আন্তর্জাতিক পাসপোর্ট করার জন্য বিভাগীয় অনাপত্তি প্রদান প্রসঙ্গে।

জনাব: ডা. মো. শ্রমদাচুল ২৬ কার্যালয়ের নাম: মুহাম্মদ অফিদিপুত্র

স্বামী/ অস্থায়ী পদেরনাম (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে ব্যক্তিগত পরিচিতি নথ্যসহ): সেক্রেটারী, চারিচালক, মোটেল
সফটওয়্যার সার্ভিস, কোড: - ৬৪১১৬ রূপে নিযুক্ত আছেন। তাঁর একটি আন্তর্জাতিক পাসপোর্টের আবেদনপত্র
প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণের জন্য এতদসহ প্রেরিত হলো। পুলিশ বিভাগের মাধ্যমে ইতিপূর্বে তাঁর পূর্ব পরিচয় ও চারিত্র
প্রতিপাদিত হয়েছে/ হয়নি এবং তাঁর বিরুদ্ধে কিছুই বলার নাই।

১. উক্ত আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর: ৪২২৪৯০৯০২০৩৪২
২. উক্ত আবেদনকারীর অবসর গ্রহণের তারিখ: ২২ ০৬ ২০১৬
৩. উক্ত আবেদনকারী কর্মকর্তা/ কর্মচারী অদূর ভবিষ্যতে সরকারী/ ব্যক্তিগত কাজে বিদেশ গমনে ইচ্ছুক এবং তাঁকে ছুটি
দেওয়া হবে। তাঁর বিদেশ অবস্থানকালীন অনুপস্থিতি কর্মরত অবস্থা বলে বিবেচিত হবে বিধায় তাঁকে ছাড়পত্রের অধিক
সুবিধাসমূহ প্রদানে কোন আপত্তি নাই।
৪. উক্ত আবেদনকারী কর্মকর্তা/ কর্মচারীর পরিবারবর্গের বিবরণ (নির্ভরশীল স্বামী/স্ত্রী এবং ১৫ বছরের নিচে অপ্রাপ্তবয়স্ক
সন্তানদের পাসপোর্ট করার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য):

ক্রঃ নং	নাম	সম্পর্ক (/ (চিহ্ন) দিন)	জন্ম তারিখ ও বয়স
১		স্বামী / স্ত্রী	
২		পুত্র / কন্যা	
৩		পুত্র / কন্যা	

৫. উক্ত আবেদনকারী এবং তার পরিবারের সদস্যবৃন্দ ইচ্ছা/ নিবেশাধিকার/ জন্মনূত্রে/ বংশনূত্রে বাংলাদেশের নাগরিক।

২২/৬/১৬

অধ্যক্ষ ডা. মো. আব্দুল হামিদ
অফিসিয়াল সিনিয়র
চিকিৎসা শিক্ষা ও স্বাস্থ্য জনস্বাস্থ্য উন্নয়ন
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা।

এন, ও, সি প্রদানকারী কর্মকর্তার
নামসহ সীল।
মন্ত্রণালয়/অবিদপ্তর/পরিদপ্তর/বিভাগ/
কর্পোরেশন এর প্রধান কর্মকর্তা/
কমপক্ষে জেলায় প্রধান কর্মকর্তা)

০২-২৬৪৫৪০০
(অফিস)

স্বাক্ষর: 

নাম: ডা. মো. শ্রমদাচুল ২৬

পদবী: সেক্রেটারী, চারিচালক (এম-ই)

টেলিফোন নম্বর: ০২-২৬৪৫৪০০ (অফিস)

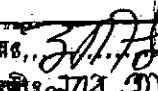

০১৭১২-৯০৫৪৯৪

ওয়েব এড্রেস: _____

ই-মেইল নম্বর: _____

প্রাপ্তক:

পরিচালক/ উপ-পরিচালক/সহকারী পরিচালক,
বিভাগীয় পাসপোর্ট ও ভিসা অফিস/আঞ্চলিক পাসপোর্ট অফিস

নাম: 
পদবী: 
সেখা: ০/১১/১৫/১৪২৬৩