

(বিভাগীয় অনাপত্তি (NOC) ফরম)
(সরকারী/আধাসরকারী/স্বায়ত্বশাসিত/রাষ্ট্রায়ত্ত সংস্থা)

সিলেট এম এ জি ওসমানী মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল, সিলেট।

৪৭৪৮

০২/০৮/২৪

স্মারক নং :-----

তারিখঃ-----

বিষয় : জনাব..... প্রসেন কৈরী..... স্বামী:..... ইন্দ্রদেও কৈরী.....

এর আন্তর্জাতিক পাসপোর্ট করার জন্য বিভাগীয় অনাপত্তি প্রদান প্রসঙ্গে।

জনাব..... প্রসেন কৈরী..... কার্যালয়ের নামঃ সিলেট এম এ জি ওসমানী মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল,
রেজিস্ট্রার..... (ব্যক্তিগত পরিচিতি নম্বর)ঃ..... ১৩১৯০১.....
সিলেট স্থায়ী পদের.....

হিসেবে নিযুক্ত আছেন। তাঁর একটি আন্তর্জাতিক পাসপোর্ট আবেদন প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণের জন্য এতদসহ প্রেরিত হলো। পুলিশ বিভাগের মাধ্যমে ইতিপূর্বে তাঁর পূর্ব পরিচয় ও চরিত্র প্রতিপাদিত হয়েছে এবং তার বিরুদ্ধে কিছুই বলার নাই।

২। বর্তমান ঠিকানাঃ বাসা- ৩-ই, বারাকাত ভবন ১১৭, পশ্চিম কাজলশাহ, সিলেট সদর, সিলেট।

৩। উক্ত আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বরঃ

১ ০ ২ ৪ ৯ ১ ০ ২ ২ ৪

৪। উক্ত আবেদনকারীর অবসর গ্রহণের তারিখঃ

২ ৮ ০ ৫ ২ ০ ৪ ৬

৫। উক্ত আবেদনকারী কর্মচারী অদূর ভবিষ্যতে সরকারী/ব্যক্তিগত কাজে বিদেশ গমনে ইচ্ছুক এবং তাকে ছুটি দেওয়া হবে। তাঁর বিদেশ অবস্থানকালীন অনুপস্থিতি কর্মরত অবস্থা বলে বিবেচিত হবে বিধায় তাঁকে ছাড়পত্রে ও অবাধ সুবিধাসমূহ প্রদানে কোন আপত্তি নাই।

৬। উক্ত আবেদনকারী কর্মচারীর পরিবারবর্গের বিবরণ (নির্ভরশীল স্বামী/স্ত্রী এবং ১৫ বছরের নিচে অপ্রাপ্তবয়স্ক সন্তানদের পাসপোর্ট করার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)ঃ

ক্রঃ নংঃ	সদস্যের নাম	সম্পর্ক (✓ (টিক) দিন)	জন্ম তারিখ

৭। উক্ত আবেদনকারী এবং তার পরিবারের সদস্যবৃন্দ জন্মসূত্রে বাংলাদেশের নাগরিক।

এন.ও.সি প্রদানকারী কর্মকর্তার

নামঃ.....

নামসহ সীল

(মন্ত্রণালয়/অধিদপ্তর/পরিদপ্তর/বিভাগ/

কর্পোরেশন এর প্রধান কর্মকর্তা/কমপক্ষে

জেলার প্রধান কর্মকর্তা

ডাঃ সৌমিত্র চক্রবর্তী

উপ-পরিচালক

সিলেট এম এ জি ওসমানী মেডিকেল
কলেজ হাসপাতাল, সিলেট।

প্রাপক,

পরিচালক/উপ-পরিচালক/সহকারী পরিচালক

বিভাগীয় পাসপোর্ট অফিস, আলমপুর, সিলেট।

স্বাক্ষর :.....

নাম: ডা. সৌমিত্র চক্রবর্তী

উপ-পরিচালক

পদবী :.....

টেলিফোন নম্বরঃ ০২৯৯৬৬৩৪৪৮৭

ওয়েব এড্রেস : www.somch.gov.bd

ইমেইল এড্রেস : magomch@hospi.dghs.gov.bd