

(বিভাগীয় অনাপত্তি (NOC) ফরম)
(সরকারী/আধাসরকারী/স্বায়ত্বশাসিত/রাষ্ট্রায়ত্ত সংস্থা)
সিলেট এম এ জি ওসমানী মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল, সিলেট।

স্মারক নং : ৩২৬০

তারিখঃ ০৬/০৭/২০২৬

বিষয়ঃ জনাব..... টি এইচ নিশিতা..... পিতাঃ..... নীলচাঁদ সিংহ.....

এর আন্তর্জাতিক পাসপোর্ট করার জন্য বিভাগীয় অনাপত্তি প্রদান প্রসঙ্গে।

জনাব..... টি এইচ নিশিতা..... কার্যালয়ের নামঃ সিলেট এম এ জি ওসমানী মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল,
সিলেট স্থায়ী পদের..... ক্লিনিক্যাল প্যাথলজিস্ট..... (ব্যক্তিগত পরিচিতি নম্বর)
ঃ..... ১৪১৯৭১..... 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।

২। বর্তমান ঠিকানাঃ প্রতিশ্রুতি, ব্লক এ/১৩, গ্রাম: বুরহান উদ্দিন রোড, নয়াবাজার, ডাকঘর: সিলেট সদর-৩১০০, সিলেট।

৩। উক্ত আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বরঃ

৫ ৯ ৫ ২ ৪ ৭ ৯ ৫ ৬ ৫

৪। উক্ত আবেদনকারীর অবসর গ্রহণের তারিখঃ

৩ ১ ১ ২ 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	জন্ম তারিখ ও বয়স	জাতীয় পরিচয়পত্র/জন্ম নিবন্ধন নং

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

এন.ও.সি প্রদানকারী কর্মকর্তার

নামসহ সীল

(মন্ত্রণালয়/অধিদপ্তর/পরিদপ্তর/বিভাগ/

কর্পোরেশন এর প্রধান কর্মকর্তা/কমপক্ষে

জেলা প্রধান কর্মকর্তা

DR. K.M. HUMAYOUN KABIR
Deputy Director
Sylhet MAG Osmani Medical
College Hospital, Sylhet.

স্বাক্ষরঃ.....

নামঃ..... ডাঃ কে.এম. হুমায়ুন কবির

পদবীঃ..... পদবীঃ উপ-পরিচালক

টেলিফোন নম্বরঃ..... ০২৯৯৬৬৩৪৪৮৭

ওয়েব এড্রেসঃ..... www.somch.gov.bd

ই-মেইলঃ..... magomch@hospi.dghs.gov.bd



প্রাপক,

পরিচালক/উপ-পরিচালক/সহকারী পরিচালক

বিভাগীয় পাসপোর্ট অফিস, আলমপুর, সিলেট।