

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
পার্বত্য চট্টগ্রাম বিষয়ক মন্ত্রণালয়
বান্দরবান পার্বত্য জেলা পরিষদ
বান্দরবান।

বরাবর

মাননীয় চেয়ারম্যান
বান্দরবান পার্বত্য জেলা পরিষদ
বান্দরবান।

বিষয় : মাতৃত্বকালীন ছুটির আবেদনপত্র।

১। নাম :পদবি.....

২। দপ্তর :.....

৩। সন্তান প্রসবের সম্ভাব্য তারিখ :.....

৪। ছুটি ভোগের তারিখ ও সময়:.....হতে.....ইং তারিখ পর্যন্ত ৬ মাস।
(চিকিৎসকের ব্যবস্থাপত্র, সুপারিশসহ প্রত্যয়ন থাকতে হবে)।

৫। আবেদনের তারিখ :.....

৬। পূর্বে ভোগকৃত ছুটির তারিখ:.....হতে.....ইং (প্রথম/দ্বিতীয়
বার/প্রয়োজ্য নয়)।

৭। ছুটিতে থাকা কালীন পূর্ণ ঠিকানাঃ.....

.....
(বিঃদ্র: উপরোক্ত তথ্যাদি ভুল প্রমাণিত বা পরিলক্ষিত হলে নিম্ন স্বাক্ষরকারী দায়ী থাকবেন)

আবেদনকারীর স্বাক্ষর ও সীল

৮। চিকিৎসকের মতামত:.....

চিকিৎসকের স্বাক্ষর ও সীল

৯। কার নিকট কার্যভার হস্তান্তর করা হবে :

.....
.....

১০। সুপারিশকারী কর্মকর্তা :.....হতে.....ইং তারিখ পর্যন্ত
আবেদনকৃত ৬(ছয়) মাসের মাতৃত্বকালীন ছুটি মঞ্জুর করা যেতে পারে।

দায়িত্বপ্রাপ্ত কর্মকর্তার স্বাক্ষর ও সীল

অফিস প্রধানের স্বাক্ষর ও সীল