

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

বিভাগ

ছুটির আবেদন পত্র (নন-গেজেটেড অফিসারদের জন্য)

- ১। আবেদনকারীর নাম :
- ২। যে কাজের জন্য নিয়োজিত :
- ৩। বেতন :
- ৪। প্রার্থিত ছুটির ধরণ ও সময়কাল :
- ৫। কি কারণে :
- ৬। ছুটিকালীন ঠিকানা :

তারিখ ২০০

স্বাক্ষর

অফিসের প্রতিবেদন									
সর্বশেষ ছুটি হইতে প্রত্যাবর্তনের তারিখ									
ছুটি	অদ্যাবধি অর্জিত ছুটির পরিমাণ			অদ্যাবধি ভোগকৃত ছুটির পরিমাণ			প্রাপ্য		
	বৎসর	মাস	দিন	বৎসর	মাস	দিন	বৎসর	মাস	দিন
বিশেষ সুবিধা ..									
অল্পদিনের ছুটি ..									
ডাক্তারের প্রত্যায়ন- পত্র ..									
গড় বেতন ..									
অর্ধ গড় বেতন ..									
প্রত্যায়ন করা যাইতেছে যে, প্রার্থিত ছুটি সিভিল সার্ভিস রেগুলেশন/ফাভামেন্টাল কলস এর..... অনুচ্ছেদ/বিধি অনুযায়ী প্রাপ্য।									
তারিখ ২০০									
তারিখ ২০০									

আদেশ

ব্যক্তিগত কারণে সরকারি/স্বায়ত্বশাসিত সংস্থার কর্মচারীদের বিদেশ ভ্রমণের আবেদনপত্র

- (০১) আবেদনকারীর নাম :
- (০২) পিতার নাম :
- (০৩) মাতার নাম :
- (০৪) স্বামী/স্ত্রীর নাম :
- (০৫) পদবি ও অফিসের ঠিকানা :
- (০৬) মূল বেতন ও বেতন স্কেল :
- (০৭) যে দেশ ভ্রমণ করবেন (স্থানসমূহ ভ্রমণ করতে ইচ্ছুক তা উল্লেখ করতে হবে) :
- (০৮) ভ্রমণের উদ্দেশ্য :
- (০৯) প্রস্তাবিত ভ্রমণের মেয়াদ (তারিখসহ) : বিদেশে অবস্থান:
যাতায়াতের সময়:
- (১০) শেষবার ঐ দেশ ভ্রমণের তারিখ এবং কত দিনের জন্য (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে বিদেশ ভ্রমণের অনুমতি সংক্রান্ত অফিস আদেশের কপি সংযুক্ত করতে হবে) : হতে তারিখ, দিন
- (১১) যদি পরিবারের কোন সদস্য বা অন্য কাউকে সঙ্গে নিতে চান তার/তাদের নাম, বয়স ও আবেদনকারীর সাথে সম্পর্ক :
- (১২) প্রস্তাবিত ভ্রমণের আনুমানিক খরচের পরিমাণ :
- (১৩) প্রস্তাবিত ভ্রমণের খরচ কিভাবে মেটানো হবে (নিজ ব্যতিত বিদেশে আত্মীয়-স্বজন খরচ বহন করলে তার/তাদের নাম ও ঠিকানা) :
- (১৪) আবেদনকারীর বিগত ০১ বছরের ভ্রমণের বিবরণী (প্রস্তাবিত ভ্রমণের তারিখ থেকে পূর্ববর্তী ০১ বছর) : দেশের নাম তারিখ
..... হতে

আবেদনকারীর স্বাক্ষর:

মোবাইল নম্বর:

ই-মেইল:

(১৫)	সরকারের তরফ হতে কোন বৈদেশিক মুদ্রা ব্যয় হবে না এ মর্মে প্রত্যয়নসহ মন্ত্রণালয়/বিভাগ/ অধিদপ্তর/অফিস প্রদানের সুপারিশ	:	
------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---	--

.....
অফিস প্রদানের স্বাক্ষর ও সীল

বি:দ্র: পূরণকৃত অর্জিত ছুটির আবেদন ফরম সংযুক্ত করতে হবে।

আবেদনকারীর এক
কপি রজিন
পাসপোর্ট সাইজের
সত্যায়িত ফটো

মন্ত্রণালয়/বিভাগ ও অধিনস্থ দপ্তর/প্রতিষ্ঠান এবং সাংবাদিক প্রতিষ্ঠানে কর্মরত সরকারি কর্মচারীর অনুকূলে চাকুরিরত অবস্থায় মৃত্যু জনিত আর্থিক অনুদান প্রদানের জন্য আবেদন ফরম

বরাবর

বিষয়: চাকুরিরত অবস্থায় মৃত্যু জনিত আর্থিক অনুদানের আবেদন।

মহোদয়,

বিনীত বিনেদন এই যে, আমার স্বামী/স্ত্রী প্রতিষ্ঠানে
..... হিসেবে কর্মরত ছিলেন। তিনি তারিখে ইন্তেকাল
করেন। নিম্নে প্রয়োজনীয় তথ্যাদি আপনার সদয় অবগতির জন্য পেশ করা করলাম:

- (ক) কর্মচারীর নাম (বাংলায়) :
(ইংরেজীতে বড় অক্ষরে) :
- (খ) পিতা/স্বামী/স্ত্রীর নাম (বাংলায়) :
(ইংরেজীতে, বড় অক্ষরে) :
- (গ) কর্মচারীর পদবি (বাংলায়) :
(ইংরেজীতে বড় অক্ষরে) :
- (ঘ) কর্মচারীর অফিসের নাম ও ঠিকানা:
- (ঙ) আবেদনকারীর নাম ও স্থায়ী ঠিকানা :
- (চ) আবেদনকারীর জাতীয় পরিচয়পত্রের নম্বর :
- (ছ) আবেদনকারীর সাথে সংশ্লিষ্ট
মৃত কর্মচারীর সম্পর্ক :
- (জ) মোবাইল ও ই-মেইল নম্বর :
- (ঝ) মৃত কর্মচারীর জাতীয় পরিচয় পত্র নম্বর :
- (ঞ) আবেদনকারীর ব্যাংক ও শাখার নাম, :

হিসাব নম্বর ও রাউটিং নম্বর
(ইংরেজীতে বড় অক্ষরে)

- (ট) কর্মচারীর জন্ম তারিখ :
- (ঠ) চাকুরীতে যোগদানের তারিখ :
- (ড) কর্মচারীর মৃত্যু তারিখ :
- (ঢ) কর্মচারীর উত্তরাধিকারীর নাম ও ঠিকানা :
- (ণ) কর্মচারী রাজস্ব খাতভুক্ত কিনা :
- (ত) প্রার্থিত টাকার পরিমাণ :

অতএব, আমার আবেদন সদয় বিবেচনাপূর্বক কল্যাণ অনুদান মঞ্জুরীর জন্য বিনীত অনুরোধ করছি।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর ও তারিখ
বর্তমান ঠিকানা

আমি প্রতিজ্ঞাপূর্বক বলছি যে, এ আবেদনপত্রে উল্লিখিত তথ্যাদি আমার জ্ঞান ও বিশ্বাসমতে সত্য এবং
আমি কোন তথ্য গোপন করিনি।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর ও তারিখ
বর্তমান ঠিকানা

-৬৮৯-

‘খ’ অংশঃ

(নিয়ন্ত্রণকারী কর্তৃপক্ষ কর্তৃক পূরণীয়, অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে দিতে হবে)

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম পদবী
..... ও কর্মস্থল অত্র অফিসের একজন
স্থায়ী/রাজস্বখাতভুক্ত কর্মচারী ছিলেন/আছেন। তিনি তারিখে কর্মরত থাকাকালে মৃত্যুবরণ
করেন/তঁর..... অঙ্গ স্থায়ীভাবে হানি হয়েছে। তাঁকে..... টাকা আর্থিক অনুদান প্রদানের জন্য সুপারিশ
করা হলো। এ কর্মচারীর আবেদনপত্রের ‘ক’ অংশে বর্ণিত তথ্যাদি সঠিক। তাঁর অনুকূলে এ ধরনের কোন আর্থিক
অনুদানের আবেদনপত্র পূর্বে অত্র অফিস থেকে প্রেরণ করা হয়নি।

তারিখ:

নিয়ন্ত্রণকারী কর্তৃপক্ষের স্বাক্ষর ও তারিখ
নামযুক্ত সীল ও ঠিকানা
ফোন/মোবাইল নম্বর

‘গ’ অংশঃ

(মেডিক্যাল বোর্ড কর্তৃক পূরণীয়, অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে দিতে হবে)

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম পদবী
..... ও কর্মস্থল এর কাগজপত্র/তঁকে অদ্য
..... তারিখে পরীক্ষা করা হয়েছে। পরীক্ষায়/কাগজপত্রদৃষ্টে তাঁর..... অঙ্গ স্থায়ীভাবে
হানি হয়েছে/তঁর মৃত্যুর প্রদত্ত সনদ সঠিক।

মেডিক্যাল বোর্ডের সদস্য-
সচিবের স্বাক্ষর ও তারিখ

মেডিক্যাল বোর্ডের সদস্যের
স্বাক্ষর ও তারিখ

মেডিক্যাল বোর্ডের সভাপতির
স্বাক্ষর ও তারিখ

‘ঘ’ অংশঃ

(বাছাই কমিটি কর্তৃক পূরণীয়, অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে দিতে হবে)

এ মর্মে প্রত্যয়ন করা যাচ্ছে যে, জনাব/বেগম পদবী
..... ও কর্মস্থল এর অনুকূলে মৃত্যু/অক্ষমতা
জনিত কারণে আর্থিক অনুদান..... টাকা মঞ্জুরীর জন্য বাছাই কমিটির..... তারিখের সভায়
সুপারিশ করা হয়েছে।

তারিখ:

বাছাই কমিটির সভাপতির স্বাক্ষর
ও
নামযুক্ত সীল ও ঠিকানা
ফোন/মোবাইল নম্বর