

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার  
 দপ্তরের নাম : ন্যাশনাল ইনস্টিটিউট অব নিউরোসায়েন্সেস ও হাসপাতাল  
 শের-ই-বাংলা নগর, ঢাকা-১২০৭।  
 ফোন ৯১৪০৭৩২, ই-মেইল nins@hospidgts.gov.bd  
 ওয়েব-সাইট : www.nins.gov.bd

বিত্তীয় অনাপত্তি (NOC) ফর্ম

স্মারক নং : ১৪৩/এনআইএনএস/প্রশাস/পারফরম/নথি/৫৫০ তারিখ : ২৭ ০৭ ২০ ২০

বিষয় : জনাব/জনাবা: ডাঃ মোহাঃ হারুন আর রহিম পিতা/স্বামী : ডঃ এম এম আব্দুল হান্নি এর

আন্তর্জাতিক পাসপোর্ট করার জন্য বিত্তীয় অনাপত্তি প্রদান।

জনাব/জনাবা: ডাঃ মোহাঃ হারুন আর রহিম মেডিকেল অফিসার এর কার্যালয়ে  
 পদে স্থায়ী/অস্থায়ীরূপে নিযুক্ত  
 আছেন। তার একটি আন্তর্জাতিক পাসপোর্টের আবেদনপত্র প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণের জন্য এর সাথে সেরিত হ'ল। পুলিশ বিভাগের মাধ্যমে  
 ইতোপূর্বে তার পূর্ব পরিচয় ও চরিত্র প্রতিপাদিত হয়েছে/কেনি। তার বিরুদ্ধে বিরূপ কোন মন্তব্য নাই।

২। (ক) \* আবেদনকারীর অবসর গ্রহণের তারিখ : ৩০ ১২ ২০ ১৭

(খ) \* বর্তমান কর্মস্থল : ন্যাশনাল ইনস্টিটিউট অব নিউরোসায়েন্সেস ও হাসপাতাল  
কোঠা-৩-৪৯৯৯ নগর, ঢাকা-১২০৭

৩। বর্ণিত কর্মকর্তা/কর্মচারী অদূর ভবিষ্যতে সরকারি/ব্যক্তিগত কাজে বিদেশ গমনে ইচ্ছুক এবং তাকে ছুটি দেওয়া হবে। তার বিদেশ  
 অবস্থানকালীন অনুপস্থিতি তার কর্মরত অবস্থা বলে বিবেচিত হবে। সুতরাং আবেদনকারীকে ছাড়পত্রের অবাধ সুবিধাসমূহ অনুমোদনে কোন  
 আপত্তি নাই।

৪। জাতীয় পরিচয়পত্র নম্বর : ৬২০৭৩৮৫৩৫০২৬২

৫। ব্যক্তিগত দাপ্তরিক পরিচিতি নম্বর (যদি থাকে) : ১২০১৭৬


৬। বর্ণিত কর্মকর্তা/কর্মচারীর পরিবারবর্ষের বিবরণ (স্বামী/স্ত্রী এবং ১৫ বছরের কম বয়সের সন্তানদের পাসপোর্ট করার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য) :

ক্রম নং	নাম	সম্পর্ক (অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে দিন)	বয়স (আবেদন দাখিল করার দিন পর্যন্ত)
১.		স্বামী/স্ত্রী	..... বছর..... মাস..... দিন
২.		পুত্র/কন্যা	..... বছর..... মাস..... দিন
৩.		পুত্র/কন্যা	..... বছর..... মাস..... দিন
৪.		পুত্র/কন্যা	..... বছর..... মাস..... দিন

৭। তিনি এবং তার পরিবারের সদস্যবৃন্দ ~~ইচ্ছুক/নিবেশাধিকার/বংশগতভাবে~~ বাংলাদেশের নাগরিক।



(স্বাক্ষর/স্বাক্ষর/অস্থায়ী কর্মকর্তা/কর্মচারী/অস্থায়ী কর্মকর্তা/কর্মচারী/অস্থায়ী কর্মকর্তা/কর্মচারী এর প্রদান)

স্বাক্ষর\* :   
 নাম\* : অধ্যাপক (ডাঃ) মোঃ বদরুল আলম  
 পদবী\* : অধ্যাপক নিউরোলজি ও মূণ্ড পরিচর  
ন্যাশনাল ইনস্টিটিউট অব নিউরোসায়েন্সেস ও হাসপাতাল  
 জাতীয় পরিচয়পত্র/পাসপোর্ট নং : ৬২-১৩৬৯৩৬৩৩৩৩৩  
 ই-মেইল\* : .....  
 মোবাইল\* : .....  
 ফোন\* : .....