গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
দপ্তরের নাম ঃ ন্যাশনাল ইনস্টিটিউট অব নিউরোসায়েন্সেস ও হাসপাতাল
শের-ই-বাংলা নগর, ঢাকা-১২০৭।
ফোনঃ ৯১৪০৭৫২, ই-মেইলঃ nins@hospi.dghs.gov.bd
ওয়েব-সাইট ঃ www.nins.com.bd

বিভাগীয় অনাপত্তি (NOC) ফরম

স্মারক নং ঃ ১৪৩/এনআইএনএস/প্রশাঃ/পাঃফঃসং নথি/৭১০ তারিখ ঃ | ০ | ৬ | ১ | ১ | ২ | ০ | ১ | ৮ |

বিষয় ঃ জনাব/জনাবা ডাঃ মোঃ রফিকুল ইসলাম, পিতা/স্বামী ঃ মোঃ মনজুরুর রহমান এর আন্তর্জাতিক পাসপোর্ট করার জন্য বিভাগীয় অনাপত্তি প্রদান।

জনাব/জনাবা ডাঃ মোঃ রফিকুল ইসলাম অত্র কার্যালয়ে সহকারী অধ্যাপক পদে [✓ স্থায়ী]/অস্থায়ীরূপে নিযুক্ত আছেন। তার একটি আন্তর্জাতিক পাসপোর্টের আবেদনপত্র প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণের জন্য এর সাথে প্রেরিত হ'ল। পুলিশ বিভাগের মাধ্যমে ইতোপূর্বে তার পূর্ব পরিচয় ও চরিত্র প্রতিপাদিত হয়েছে/হয়নি। তার বিরুদ্ধে বিরূপ কোন মন্তব্য নাই।

২। (ক) * আবেদনকারীর অবসর গ্রহণের তারিখ ঃ | ২ | ৫ | ১ | ২ | ২ | ০ | ২ | ৮ |

(খ) * বর্তমান কর্মস্থল ঃ ন্যাশনাল ইনস্টিটিউট অব নিউরোসায়েন্সেস ও হাসপাতাল

৩। বর্ণিত কর্মকর্তা/কর্মচারী অদূর ভবিষ্যতে সরকারি/ব্যাক্তিগত 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* ঃ | 9 | 1 | 0 | 9 | 2 | 6 | 4 | 6 | 6 | 4 | | | | | | |

৫। ব্যাক্তিগত দাপ্তরিক পরিচিতি নম্বর (যদি থাকে) ঃ | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

ক্রঃ নং	নাম	সম্পর্ক (অপ্রয়োজনীয় অংশ কেটে দিন)	বয়স (আবেদন দাখিল করার দিন পর্যন্ত)
১.	ফাতেমা আক্তার চৌধুরী	স্বামী/[✓ স্ত্রী]	৪৬ বছর ০১ মাস ২৯ দিন
২.	আরাফ আন নূর	[✓ পুত্র]/কন্যা	১১ বছর ১০ মাস ০৬ দিন
৩.	রাফিয়া রওনক ইসলাম	পুত্র/[✓ কন্যা]	০৭ বছর ১১ মাস ১৪ দিন
৪.		পুত্র/কন্যা	..........বছর..........মাস..........দিন

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

অফিসিয়াল সীলমোহর

এন.ও.সি (NOC) প্রদানকারী কর্মকর্তা
(মন্ত্রণালয়/বিভাগ/অধিদপ্তর/পরিদপ্তর/কর্পোরেশন/কার্যালয় এর প্রধান)

(এনওসি (NOC) প্রদানকারী কর্মকর্তা কর্তৃক পূরণীয়)

স্বাক্ষর* ঃ ....
নাম* ঃ অধ্যাপক ডাঃ কাজী দীন মোহাম্মদ
পদবী* ঃ পরিচালক, ন্যাশনাল ইনস্টিটিউট অব নিউরোসায়েন্সেস ও হাসপাতাল, শের-ই-বাংলা নগর, ঢাকা
জাতীয় পরিচয়পত্র/পাসপোর্ট নং* ঃ ....
ই-মেইল* ঃ ....
মোবাইল* ঃ ....
ফোন* ঃ ....

প্রাপক ঃ পরিচালক
বিভাগীয় পাসপোর্ট ও ভিসা অফিস,
আগারগাঁও, ঢাকা।