



অনাপত্তি (NOC) ফর্ম

(মন্ত্রণালয়/বিভাগ/কার্যালয়-এর নাম)

বাংলাদেশ শিশু হাসপাতাল ও ইনস্টিটিউট, শেরে বাংলা নগর, ঢাকা-১২০৭।

ওয়েবসাইট: www.bshi.gov.bd

ফর্ম নং: **বাংলাদেশ শিশু হাসপাতাল ও ইনস্টিটিউট** ২০২০/২০২০

তারিখ: **০৭/০২/২০২০**

বিষয়: জনাব **ফিরোজ কবীর শান্ত** : পিতা/পানী **মহম্মদ কবীর**
এর আন্তর্জাতিক পাসপোর্ট করার জন্য বিভাগীয় অনাপত্তি প্রদান।

জনাব/জনাবা **ফিরোজ কবীর শান্ত**, বাংলাদেশ শিশু হাসপাতাল ও ইনস্টিটিউট কার্যালয়ে
হাটী/অস্থায়ী ভিত্তিতে (প্রয়োজ্য ক্ষেত্রে দাপ্তরিক পরিচিতি নম্বর: **৮০০০০৮**) : **৩য়** বয়সে **দৈনিক**
তার পাসপোর্টের আবেদনপত্র প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণের জন্য এই সঙ্গে প্রেরণ করা হ'ল। পুলিশ বিভাগের মাধ্যমে ইতোপূর্বে তার পূর্ব পরিচয় ও চরিত্র
প্রতিপাদিত হয়েছে/হবে এবং তার বিরুদ্ধে বিরূপ কোন তথ্য নেই।

০২। বর্তমান/স্থায়ী ঠিকানা : **ব্রাহ্ম: গানকপাড়া, ডাকঘর: শিশুনিয়া, -২০৪০, মাদার, ঢাকা।**

০৩। জাতীয় পরিচয়পত্র/ অনু নিবন্ধন নম্বর : **৮২৬৮৩২৬৩৪২**

০৪। আবেদনকারীর অবসর গ্রহণের তারিখ : **০০/০০/০০**

০৫। আবেদনকারীর পরিবারবর্গের বিবরণ (নির্ভরশীল স্বামী/স্ত্রী এবং ১৫ বছরের নিচে অপ্রাপ্তবয়স্ক সন্তানদের পাসপোর্ট করা ক্ষেত্রে প্রযোজ্য):

ক্রমিক নং	নাম	সম্পর্ক (টিক দিন)	জন্ম তারিখ	জাতীয় পরিচয়পত্র/ অনু নিবন্ধন নম্বর
০১.		স্বামী: ☐ স্ত্রী: ☐		
০২.		পুত্র: ☐ কন্যা: ☐		
০৩.		পুত্র: ☐ কন্যা: ☐		

০৬। তিনি বাংলাদেশে বাস করেন/না করেন।

০৭। অনাপত্তি সনদ (NOC) একবার ব্যবহারযোগ্য এবং ইস্যুর তারিখ হতে ০৬ (ছয়) মাস পর্যন্ত কার্যকর থাকবে।



এন, ও, সি, প্রদানকারী কর্মকর্তার
নামসহ সীল।
(মন্ত্রণালয়/বিভাগ/অধিদপ্তর/পরিদপ্তর/
বিভাগ/কর্পোরেশন/
এর প্রধান কর্মকর্তা/ জেলার
মায়িকৃষ্ণ কর্মকর্তা)

স্বাক্ষর : **Prof. Dr. Mirza Md. Ziaul Islam**

নাম : **Prof. Dr. Mirza Md. Ziaul Islam**

পদবী : **Director**

টেলিফোন : **02-55059050**

ইমেইল : **dhakashishu2010@gmail.com**

ওয়েবসাইট : **www.bshi.gov.bd**

প্রাপ্ত, পরিচালক/ উপ-পরিচালক/ সহকারী পরিচালক
বিভাগীয় পাসপোর্ট ও ভিসা অফিস

Prof. Dr. Mirza Md. Ziaul Islam
Director
Bangladesh Shishu Hospital & Institute

বিঃদ্রঃ অনাপত্তি সনদ (NOC) স্ব স্ব প্রতিষ্ঠানের ওয়েবসাইটে আপলোড করতে হবে।