

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
নার্সিং ও মিডওয়াইফারি অধিদপ্তর
মহাখালী, ঢাকা।
www.dgnm.gov.bd

নং- ৪৫.০৩.০০০০.০০১.৯৯.০০১.২১- ৬৬০৭

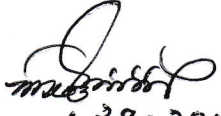
তারিখঃ- ২১/০৭/১৪২৯
২৭/১০/২০২২

বিষয়ঃ বদলি বিষয়ে আবেদন জমা প্রদান সংক্রান্ত।

উপর্যুক্ত বিষয়ে আলোকে সংশ্লিষ্ট সকল সহকারি নার্স/ স্টাফ নার্স/ সিনিয়র স্টাফ নার্স/ মিডওয়াইফগণের অবগতির জন্য জানানো যাচ্ছে যে, বদলি ইচ্ছুক প্রার্থীদের স্থানীয় কর্তৃপক্ষের মাধ্যমে পিডিএস ফরমসহ একক/পারস্পরিক বদলির আবেদন করতে হবে। ইতোপূর্বে যারা বদলির আবেদন দাখিল করেছেন তাদেরকেও পুনরায় স্থানীয় কর্তৃপক্ষের মাধ্যমে পিডিএস ফরমসহ একক/পারস্পরিক বদলির আবেদন করার জন্য বলা হলো। দাখিলকৃত বদলির আবেদন পরবর্তীতে সর্বাধিক গুরুত্ব দিয়ে বিধিমোতাবেক নিষ্পত্তি করা হবে। উল্লেখ্য ২২ নং কলামে বদলির যথাযথ কারণ সুস্পষ্টভাবে উল্লেখ করতে হবে (ব্যাখ্যা বড় হলে সমস্যা নেই)।

২। মহাপরিচালক মহোদয়ের সদয় অনুমোদনক্রমে এ আদেশ জারি করা হলো।

সংযুক্তঃ- একক/পারস্পরিক বদলির ফরম ০৩ (তিন) পাতা।


২৭.১০.২২

মোঃ নাসির উদ্দিন

(উপসচিব)

পরিচালক (প্রশাসন)


ই-মেইলঃ info@dgnm.gov.bd

নং- ৪৫.০৩.০০০০.০০১.৯৯.০০১.২১- ৬৬০৭/১ (৫০০)

তারিখঃ- ২১/০৭/১৪২৯
২৭/১০/২০২২

অনুলিপি সদয় অবগতি ও কার্যার্থে (জ্যেষ্ঠতার ক্রমানুসারে নয়) :

- ০১। সচিব, স্বাস্থ্য সেবা বিভাগ, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়, ঢাকা।
- ০২। সচিব, স্বাস্থ্য শিক্ষা ও পরিবার কল্যাণ বিভাগ, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়, ঢাকা।
- ০৩। অতিরিক্ত সচিব (নার্সিং ও মিডওয়াইফারি), স্বাস্থ্য সেবা বিভাগ, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়, ঢাকা।
- ০৪। অতিরিক্ত সচিব (চিকিৎসা শিক্ষা), স্বাস্থ্য শিক্ষা ও পরিবার কল্যাণ বিভাগ, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়, ঢাকা।
- ০৫। মাননীয় মন্ত্রী মহোদয়ের একান্ত সচিব, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়, বাংলাদেশ সচিবালয়, ঢাকা।
- ০১। বিভাগীয় পরিচালক (স্বাস্থ্য), ----- বিভাগ, ----- (সকল)
- ০২। পরিচালক, মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল, ----- (সকল)
- ০৩। পরিচালক, বিশেষায়িত হাসপাতাল, ----- (সকল)
- ০৪। সিভিল সার্জন, ----- (সকল)
- ০৫। তত্ত্বাবধায়ক, জেনারেল হাসপাতাল/জেলা সদর হাসপাতাল, ----- (সকল)
- ০৬। সহকারী পরিচালক, জেনারেল হাসপাতাল/জেলা সদর হাসপাতাল, ----- (সকল)
- ০৭। উপজেলা স্বাস্থ্য ও পরিবার পরিকল্পনা কর্মকর্তা, ----- (সকল)
- ০৮। সহকারী পরিচালক (নার্সিং), বিভাগীয় পরিচালক (স্বাস্থ্য) এর কার্যালয়, ----- বিভাগ, ----- (সকল)
- ০৯। অধ্যক্ষ, নার্সিং ইনস্টিটিউট/ নার্সিং কলেজ ----- (সকল)
- ১০। নার্সিং ইন্সট্রাক্টর ইনচার্জ, নার্সিং ইনস্টিটিউট, ----- (সকল)
- ১১। জেলা পাবলিক হেল্থ নার্স, সিভিল সার্জন অফিস, ----- (সকল)
- ১২। সেবা তত্ত্বাবধায়ক/ উপ-সেবা তত্ত্বাবধায়ক, ----- (সকল)
- ১৩। সহকারী পরিচালক (পিএমআইএস), এ অধিদপ্তরের ওয়েবসাইটে প্রকাশের জন্য অনুরোধ করা হলো।
- ১৪। কো-অর্ডিনেটর, ----- (সকল)
- ১৫। নার্সিং সুপারভাইজার, ----- (সকল)
- ১৬। মহাপরিচালক এর ব্যক্তিগত সহকারী, নার্সিং ও মিডওয়াইফারি অধিদপ্তর, ঢাকা।
- ১৭। জনাব -----


২৭.১০.২২
(উপসচিব)
পরিচালক (প্রশাসন)

একক বদলির আবেদন

বরাবর,
মহাপরিচালক
নার্সিং ও মিডওয়াইফারি অধিদপ্তর
মহাখালী, ঢাকা-১২১২।

পাসপোর্ট সাইজ ছবি

মাধ্যম: যথাযথ কর্তৃপক্ষ।

বিষয়ঃ **একক বদলির** আবেদন।

জনাব নিম্নে আমার প্রয়োজনীয় তথ্যাদি আপনার সদয় অবগতির জন্য পেশ করিলাম।

ক্র: নং	বিষয়	তথ্য				
১	নাম	:				
২	পদবি	:				
৩	লিঙ্গ	:				
৪	পিতার নাম	:				
৫	বৈবাহিক অবস্থা	বিবাহিত	অবিবাহিত			
৬	বিবাহিত হলে সন্তান সংখ্যা ও তাদের বয়স	সন্তান সংখ্যা	সন্তানের বয়স			
৭	বিবাহিত হলে স্বামী/স্ত্রীর পেশা ও কর্মস্থলের নাম	:				
৮	বর্তমান কর্মস্থলের নাম	:				
৯	কর্মরত কর্মস্থলের কোন বিশেষ এরিয়ায় কাজ করেন	:				
১০	জন্ম তারিখ	:				
১১	সরকারি চাকুরিতে যোগদানের তারিখ	:				
১২	ইউনিক আইডি নং (যদি থাকে)	:				
১৩	রেজি নং (যদি থাকে)	:				
১৪	জাতীয় পরিচয় পত্র নং (যদি থাকে)	:				
১৫	মোবাইল নং	:				
১৬	ই-মেইল আইডি (যদি থাকে)	:				
১৭	বিভাগীয় মামলা আছে কিনা?	: হ্যাঁ/না				
	(ক) থাকলে কোন পর্যায়ে আছে (বিবরণ)	:				
১৮	নার্সিং শিক্ষাগত যোগ্যতা	পরীক্ষার নাম (প্রযোজ্য অংশটুকু লিখুন)	প্রতিষ্ঠানের নাম	পাশের সন		
		ক) ডিপ্লোমা ইন নার্সিং/ মিডওয়াইফারি				
		খ) বিএসসি ইন নার্সিং/ পাবলিক হেলথ নার্সিং				
		গ) মাস্টার্স ইন নার্সিং/পাবলিক হেলথ নার্সিং/পাবলিক হেলথ				
		ঘ) পিএইচ ডি				
১৯	প্রথম সরকারি চাকুরিতে যোগদানকৃত কর্মস্থলের নাম	:	চাকুরিকাল:			
২০	যে স্থানে বদলি হতে চান তার নাম (এক/একাধিক)	ক)				
		খ)				
		গ)				
		ঘ)				
		ঙ)				
২১	ইহা আপনার কততম একক বদলি ? (প্রযোজ্য অংশে টিক চিহ্ন দিন ও লিখুন)	১ম	২য়	৩য়	৪র্থ	৫ম
		ক) ১ম বদলির স্থান:			চাকুরিকাল:	
		খ) ২য় বদলির স্থান:			চাকুরিকাল:	
		গ) ৩য় বদলির স্থান:			চাকুরিকাল:	
		ঘ) ৪র্থ বদলির স্থান:			চাকুরিকাল:	
		ঙ) ৫ম বদলির স্থান:			চাকুরিকাল:	
২২	যে কারণে বদলী হতে চান?					

সংযুক্তঃ

- স্থানীয় কর্তৃপক্ষের অনুমতি/সুপারিশসহ ১ কপি।
- হাল নাগাদ পিডিএস ১ কপি।
- অন্যান্য (যদি থাকে)।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর:
পদবি:
তারিখ:

[বিঃদ্রঃ লেখার কারণে পাতা বর্ধিত করা যাবে]

৩/৬

পারস্পরিক বদলির আবেদন

বরাবর,
মহাপরিচালক
নার্সিংওমিডওয়াইফারি অধিদপ্তর
মহাখালী, ঢাকা-১২১২।

পাসপোর্ট সাইজ ছবি

মাধ্যম: যথাযথ কর্তৃপক্ষ।

বিষয়ঃ পারস্পরিক বদলির আবেদন।

জনাব নিয়ে আমার প্রয়োজনীয় তথ্যাদি আপনার সদয় অবগতির জন্য পেশ করিলাম।

১ম পক্ষ

ক্র: নং	বিষয়	তথ্য			
১	নাম	:			
২	পদবি	:			
৩	লিঙ্গ	:			
৪	পিতার নাম	:			
৫	বৈবাহিক অবস্থা	বিবাহিত	অবিবাহিত		
৬	বিবাহিত হলে সন্তান সংখ্যা ও তাদের বয়স	সন্তান সংখ্যা	সন্তানের বয়স		
৭	বিবাহিত হলে স্বামী/স্ত্রীর পেশা ও কর্মস্থলের নাম	:			
৮	বর্তমান কর্মস্থলের নাম	:			
৯	কর্মরত কর্মস্থলের কোন বিশেষ এরিয়ায় কাজ করেন	:			
১০	জন্ম তারিখ	:			
১১	সরকারি চাকুরিতে যোগদানের তারিখ	:			
১২	ইউনিক আইডি নং (যদি থাকে)	:			
১৩	রেজি নং (যদি থাকে)	:			
১৪	জাতীয় পরিচয় পত্র নং (যদি থাকে)	:			
১৫	মোবাইল নং	:			
১৬	ই-মেইল আইডি (যদি থাকে)	:			
১৭	বিভাগীয় মামলা আছে কিনা?	: হ্যাঁ/না			
	(ক) থাকলে কোন পর্যায়ে আছে (বিবরণ)	:			
১৮	নার্সিং শিক্ষাগত যোগ্যতা	পরীক্ষার নাম (প্রযোজ্য অংশটুকু লিখুন)	প্রতিষ্ঠানের নাম	পাশের সন	
		ক) ডিপ্লোমা ইন নার্সিং/ মিডওয়াইফারি			
		খ) বিএসসি ইন নার্সিং/ পাবলিক হেলথ নার্সিং			
		গ) মাস্টার্স ইন নার্সিং/পাবলিক হেলথ নার্সিং/পাবলিক হেলথ			
		ঘ) পিএছ ডি			
১৯	প্রথম সরকারি চাকুরিতে যোগদানকৃত কর্মস্থলের নাম	:	চাকুরিকাল:		
২০	যে স্থানে বদলি হতে চান তার নাম				
২১	ইহা আপনার কততম একক বদলি ? (প্রযোজ্য অংশে টিক চিহ্ন দিন ও লিখুন)	১ম	২য়	৩য়	৪র্থ
		ক) ১ম বদলির স্থান:			চাকুরিকাল:
		খ) ২য় বদলির স্থান:			চাকুরিকাল:
		গ) ৩য় বদলির স্থান:			চাকুরিকাল:
		ঘ) ৪র্থ বদলির স্থান:			চাকুরিকাল:
		ঙ) ৫ম বদলির স্থান:			চাকুরিকাল:
২২	যে কারণে বদলী হতে চান?				

সংযুক্তঃ

- ১। স্থানীয় কর্তৃপক্ষের অনুমতি/সুপারিশসহ ১ কপি।
- ২। হাল নাগাদ পিডিএস ১ কপি।
- ৩। অন্যান্য (যদি থাকে)।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর:

পদবি:

তারিখ:

২/৬

২য় পক্ষ

ক্র: নং	বিষয়	তথ্য			
১	নাম				
২	পদবি				
৩	লিঙ্গ				
৪	পিতার নাম				
৫	বৈবাহিক অবস্থা	বিবাহিত	অবিবাহিত		
৬	বিবাহিত হলে সন্তান সংখ্যা ও তাদের বয়স	সন্তান সংখ্যা	সন্তানের বয়স		
৭	বিবাহিত হলে স্বামী/স্ত্রীর পেশা ও কর্মস্থলের নাম				
৮	বর্তমান কর্মস্থলের নাম				
৯	কর্মরত কর্মস্থলের কোন বিশেষ এরিয়ায় কাজ করেন				
১০	জন্ম তারিখ				
১১	সরকারি চাকুরিতে যোগদানের তারিখ				
১২	ইউনিক আইডি নং (যদি থাকে)				
১৩	রেজি নং (যদি থাকে)				
১৪	জাতীয় পরিচয় পত্র নং (যদি থাকে)				
১৫	মোবাইল নং				
১৬	ই-মেইল আইডি (যদি থাকে)				
১৭	বিভাগীয় মামলা আছে কিনা?	: হ্যাঁ/না			
	(ক) থাকলে কোন পর্যায়ে আছে (বিবরণ)				
১৮	নার্সিং শিক্ষাগত যোগ্যতা	পরীক্ষার নাম (প্রযোজ্য অংশটুকু লিখুন)	প্রতিষ্ঠানের নাম	পাশের সন	
		ক) ডিপ্লোমা ইন নার্সিং/ মিডওয়াইফারি			
		খ) বিএসসি ইন নার্সিং/ পাবলিক হেলথ নার্সিং			
		গ) মাস্টার্স ইন নার্সিং/পাবলিক হেলথ নার্সিং/পাবলিক হেলথ			
		ঘ) পিএছ ডি			
১৯	প্রথম সরকারি চাকুরিতে যোগদানকৃত কর্মস্থলের নাম			চাকুরিকাল:	
২০	যে স্থানে বদলি হতে চান তার নাম (এক/একাধিক)				
২১	ইহা আপনার কততম একক বদলি ? (প্রযোজ্য অংশে টিক চিহ্ন দিন ও লিখুন)	১ম	২য়	৩য়	৪র্থ
		ক) ১ম বদলির স্থান:			চাকুরিকাল:
		খ) ২য় বদলির স্থান:			চাকুরিকাল:
		গ) ৩য় বদলির স্থান:			চাকুরিকাল:
		ঘ) ৪র্থ বদলির স্থান:			চাকুরিকাল:
		ঙ) ৫ম বদলির স্থান:			চাকুরিকাল:
২২	যে কারণে বদলী হতে চান?				

সংযুক্তঃ

- ১। স্থানীয় কর্তৃপক্ষের অনুমতি/সুপারিশসহ ১ কপি।
- ২। হাল নাগাদ পিডিএস ১ কপি।
- ৩। অন্যান্য (যদি থাকে)।

আবেদনকারীর স্বাক্ষর:

পদবি:

তারিখ:

স্বাক্ষর

[বিঃদ্রঃ লেখার কারণে পাতা বর্ধিত করা যাবে]

স্বাক্ষর

৩/৬