

বাংলাদেশ বিজ্ঞান ও শিল্প গবেষণা পরিষদ

ড. কুদরাত-এ-খুদা সড়ক, ধানমন্ডি, ঢাকা-১২০৫।

বরাবর  
পরিচালক  
বিসিএসআইআর রাজশাহী গবেষণাগার  
রাজশাহী।

বিষয় : মাতৃকালীন ছুটির আবেদনপত্র।

- ১। নাম : ..... পদবি: .....
- ২। দপ্তর : .....
- ৩। সন্তান প্রসবের সম্ভাব্য তারিখ : .....
- ৪। ছুটি ভোগের তারিখ ও সময় : ..... হতে ..... ইং তারিখ পর্যন্ত ৬ মাস।
- (চিকিৎসকের ব্যবস্থাপত্র ও পরিষদের চিকিৎসকের সুপারিশ থাকতে হবে)
- ৫। আবেদনের তারিখঃ .....
- ৬। পূর্বে ভোগকৃত ছুটির তারিখ: ..... হতে ..... ইং (প্রথম/দ্বিতীয় বার/প্রযোজ্য নয়)।
- ৭। ছুটিতে থাকা কালীন পূর্ণ ঠিকানাঃ .....

(বি:দ্র: উপরোক্ত তথ্যাদি ভুল প্রমাণিত বা পরিলক্ষিত হলে নিম্নস্বাক্ষরকারী দায়ী থাকবেন)

আবেদনকারীর স্বাক্ষর ও সীল

- ৮। চিকিৎসকের মতামত : .....

চিকিৎসকের স্বাক্ষর ও সীল

- ৯। কার নিকট কার্যভার হস্তান্তর করা হবে (কর্মকর্তার ক্ষেত্রে): .....
- ১০। সুপারিশকারী কর্মকর্তাঃ ..... হতে ..... ইং তারিখ পর্যন্ত আবেদনকৃত ৬ (ছয়) মাসের মাতৃকালীন ছুটি মঞ্জুর করা যেতে পারে।

বিভাগ/শাখা/সেল কর্মকর্তার স্বাক্ষর ও সীল

ইউনিট/অফিস প্রধানের স্বাক্ষর ও সীল