

বরাবর

বিভাগীয় কমিশনার মহোদয়
সিলেট

বিষয়: মাতৃত্বকালীন ছুটির আবেদন।

মহোদয়,

সবিনয় নিবেদন যে, নিম্নস্বাক্ষরকারী এ কার্যালয়ে পদে
দিন/(মাসের নাম)/বছর তারিখ হতে কর্মরত আছি। আমার মাতৃত্বকালীন ছুটি মঞ্জুরির লক্ষ্যে প্রয়োজনীয় তথ্যাদি নিম্নে পেশ
করা হলো:

- | | |
|---|---|
| (০১) আবেদনকারীর নাম | : |
| (০২) পরিচিতি নম্বর (যদি থাকে) | : |
| (০৩) পদবি | : |
| (০৪) শাখার নাম | : |
| (০৫) বর্তমান মূল বেতন | : |
| (০৬) পদের মূল বেতন গ্রেড | : |
| (০৭) মোবাইল নম্বর (ইংরেজিতে) | : |
| (০৮) ই-মেইল ঠিকানা | : |
| (০৯) সন্তান প্রসবের সম্ভাব্য তারিখ
(ডাক্তারের প্রত্যয়নপত্র/চিকিৎসা পত্র সংযুক্ত করতে হবে) | : দিন/(মাসের নাম)/বছর
(যেমন: ০৫ ফেব্রুয়ারি ২০১৪) |
| (১০) বর্তমান মাতৃত্বকালীন ছুটি কততম? | : |
| (১১) বর্তমান মাতৃত্বকালীন ছুটির চাহিত তারিখ | : দিন/(মাসের নাম)/বছর হতে দিন/(মাসের নাম)/বছর পর্যন্ত ০৬
(ছয়) মাস |
| (১২) ছুটিকালীন ঠিকানা | : |

অতএব, মহোদয় সমীপে প্রার্থনা যে, চাহিত তারিখ থেকে ০৬ (ছয়) মাসের মাতৃত্বকালীন ছুটি মঞ্জুরের আদেশ
প্রদানের জন্য বিনীত অনুরোধ করছি।

তারিখ: দিন/(মাসের নাম)/বছর

আবেদনকারীর স্বাক্ষর:

সংযুক্তি: (১) পূরণকৃত বাংলাদেশ ফরম নম্বর ২৩৯৫
(২) ডাক্তারের প্রত্যয়নপত্র/চিকিৎসা পত্র
(৩) যথাযথ কর্তৃপক্ষ কর্তৃক ইতোপূর্বে মাতৃত্বকালীন ছুটি ভোগ করেছেন কিনা তার প্রত্যয়ন পত্র