

.....

বিষয় : মাতৃত্বকালীন ছুটির আবেদনপত্র।

১। নাম : পদবি:

২। দপ্তর :

৩। সন্তান প্রসবের সম্ভাব্য তারিখ :.....

৪। ছুটি ভোগের তারিখ ও সময় : হতেইং তারিখ পর্যন্ত ৬ মাস।

(চিকিৎসকের ব্যবস্থাপত্র ও পরিষদের চিকিৎসকের সুপারিশ থাকতে হবে)

৫। আবেদনের তারিখঃ

৬। পূর্বে ভোগকৃত ছুটির তারিখ: হতেইং (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 হতেইং তারিখ পর্যন্ত আবেদনকৃত ৬ (ছয়)

মাসের মাতৃত্বকালীন ছুটি মঞ্জুর করা যেতে পারে।

বিভাগ/শাখা/সেল কর্মকর্তার স্বাক্ষর ও সীল

ইউনিট/অফিস প্রধানের স্বাক্ষর ও সীল