

বরাবর

বিভাগীয় কমিশনার মহোদয়  
সিলেট

মাধ্যমে: যথাযথ কর্তৃপক্ষ

বিষয়: মাতৃত্বকালীন ছুটির আবেদন।

মহোদয়,

সবিনয় নিবেদন যে, নিম্নস্বাক্ষরকারী ..... (কার্যালয়ের নাম)

..... 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) অফিসের নাম   | :   |
| (০৫) বর্তমান মূল বেতন   | :   |
| (০৬) পদের মূল বেতন গ্রেড  | :   |
| (০৭) মোবাইল নম্বর (ইংরেজিতে)  | :   |
| (০৮) ই-মেইল ঠিকানা  | :   |
| (০৯) সন্তান প্রসবের সম্ভাব্য তারিখ<br>(ডাক্তারের প্রত্যয়নপত্র/চিকিৎসা পত্র সংযুক্ত করতে হবে) | : দিন/(মাসের নাম)/বছর<br>(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<br>(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