গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

বাণিজ্য মন্ত্রণালয়

জাতীয় ভোক্তা-অধিকার সংরক্ষণ অধিদপ্তর

১ কারওয়ান বাজার, টিসিবি ভবন (৮ম তলা), ঢাকা

[www.dncrp.gov.bd](http://www.dncrp.gov.bd)

মহাপরিচালক (অতিরিক্ত সচিব)

জাতীয় ভোক্তা-অধিকার সংরক্ষণ অধিদপ্তর

ঢাকা

**বিষয়ঃ মাতৃত্বকালীন ছুটির আবেদনপত্র।**

১। নামঃ ..................................................................... পদবিঃ ..........................................................

২। দপ্তরঃ .........................................................................................................................................

৩। সন্তান প্রসবের সম্ভাব্য তারিখঃ .............................................................................................................

৪। ছুটি ভোগের তারিখ ও সময়ঃ ..................................... হতে ........................................ তারিখ পর্যন্ত ৬ মাস।

 (চিকিৎসকের ব্যবস্থাপত্র ও পরিষদের চিকিৎসের সুপারিশ থাকতে হবে)

৫। আবেদনের তারিখঃ .........................................................................................................................

৬। পূর্বে ভোগকৃত ছুটির তারিখঃ .............................. হতে ................................. (প্রথম/দ্বিতীয় বার/প্রযোজ্য নয়)।

৭। ছুটিতে থাকাকালীন পূর্ণ ঠিকানাঃ ..........................................................................................................

 ..................................................................................................................................................

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

 আবেদনকারীর স্বাক্ষর ও সীল

৮। চিকিৎসকের মতামতঃ .....................................................................................................................

 চিকিৎসকের স্বাক্ষর ও সীল

৯। কার নিকট কার্যভার হস্তান্তর করা হবে (কর্মকর্তার ক্ষেত্রে): ...........................................................................

 ..................................................................................................................................................

১০। সুপারিশকারী কর্মকর্তাঃ .............................. হতে .................................... 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