



অনাপত্তি সনদ (NOC)

(মন্ত্রণালয়/বিভাগ/কার্যালয়-এর নাম)

Bangladesh Medical University

ওয়েবসাইট: *WWW.BMU.AC.BD*

স্মারক নং *BMU/2026/3799*

তারিখ:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 3 | 0 | 4 | 2 | 0 | 2 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

বিষয়ঃ জনাব *Imran Hossen* পিতা/স্বামী *Omar Ali Hossain*
এর পাসপোর্ট করার জন্য অনাপত্তি প্রদান।

জনাব *Imran Hossen*, *Super Specialized Hospital* কার্যালয়ে
স্থায়ী/অস্থায়ী ভিত্তিতে (প্রয়োজ্য ক্ষেত্রে দাপ্তরিক পরিচিতি নম্বর *302143*), *Centre Manager* পদে

নিযুক্ত আছেন। তার পাসপোর্টের আবেদনপত্র প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণের জন্য এর সঙ্গে প্রেরণ করা হ'ল। পুলিশ বিভাগের মাধ্যমে ইতোপূর্বে তার পূর্ব পরিচয় ও চরিত্র প্রতিপাদিত হয়েছে/হয়নি এবং তার বিরুদ্ধে বিরূপ কোন তথ্য নেই।

০২। বর্তমান ঠিকানা : *24 Free school street, Kalabagan*
Dhaka-1205

০৩। জাতীয় পরিচয়পত্র/জন্ম নিবন্ধন নম্বর :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 4 | 1 | 5 | 0 | 4 | 3 | 7 | 8 | 6 | 3 | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

০৪। অবসর গ্রহণের তারিখ :

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 7 | 1 | 2 | 2 | 0 | 5 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

০৫। আবেদনকারীর পরিবারবর্গের বিবরণ (নির্ভরশীল স্বামী/স্ত্রী এবং ১৫ বছরের নিচে অপ্রাপ্তবয়স্ক সন্তানদের পাসপোর্ট করার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য):

| ক্রমিক নং | নাম | সম্পর্ক (টিক দিন) | জন্ম তারিখ | জাতীয় পরিচয়পত্র/জন্ম নিবন্ধন সনদ নম্বর |
|-----------|-------------------------|---|-------------------|--|
| ০১. | <i>Nusrat Jahan Jui</i> | স্বামী: <input type="checkbox"/> স্ত্রী: <input checked="" type="checkbox"/> | <i>01.08.1998</i> | <i>6002557145</i> |
| ০২. | | পুত্র: <input type="checkbox"/> কন্যা: <input type="checkbox"/> | | |

০৬। আবেদনকারী/আবেদনকারীগণ বাংলাদেশের নাগরিক। তাকে/তাদেরকে পাসপোর্ট প্রদানে আপত্তি নাই।

০৭। অনাপত্তি সনদ (NOC) একবার ব্যবহারযোগ্য এবং ইস্যুর তারিখ হতে ০৬ (ছয়) মাস পর্যন্ত কার্যকর থাকবে।



এনওসি প্রদানকারী কর্মকর্তার
নামসহ সীল।
(মন্ত্রণালয়/অধিদপ্তর/পরিদপ্তর/
বিভাগ/কর্পোরেশন
এর প্রধান কর্মকর্তা/জেলার
দায়িত্বপ্রাপ্ত কর্মকর্তা)

NOC প্রদানকারী কর্মকর্তার স্বাক্ষর

স্বাক্ষর
নাম
পদবি
টেলিফোন নম্বর
ই-মেইল
ওয়েবসাইট

স্বাক্ষর ০৬/৪/২৫
মো. হাফিজুর রহমান
অতিরিক্ত রেজিস্ট্রার
বাংলাদেশ মেডিক্যাল বিশ্ববিদ্যালয়
শাহবাগ, ঢাকা-১০০০
০১৭১১ ৩০ ৪৬০

প্রাপক
পরিচালক/উপপরিচালক/সহকারী পরিচালক
বিভাগীয় পাসপোর্ট ও ভিসা অফিস/আঞ্চলিক পাসপোর্ট অফিস,