

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর
মহাখালী, ঢাকা।

নং-স্বাঃ অধিঃ/প্রশা-৪/চাকুরীজীবী মুক্তিযোদ্ধা তথ্য ফরম/২০১৪/

তারিখঃ-

বিজ্ঞপ্তি

মুক্তিযুদ্ধ বিষয়ক মন্ত্রণালয়ের স্মারক সংখ্যা-৪৮.০০.০০০০.০০৫.০১৬.১৭৭.২০১৪-১০৬, তাং-১৩ এপ্রিল, ২০১৪ খ্রিঃ মারফত জারীকৃত পএের সাথে প্রেরিত "মুক্তিযোদ্ধা কর্মকর্তা/কর্মচারীদের তথ্য ফরম" মুক্তিযোদ্ধা কর্তৃক নিজে পূরণ ও স্বাক্ষর করতঃ মন্ত্রণালয়/বিভাগের মাধ্যমে মুক্তিযুদ্ধ বিষয়ক মন্ত্রণালয়ে প্রেরণ করার জন্য অনুরোধ জানিয়েছেন।

এমতাবস্থায় উল্লেখিত পএের নির্দেশনা মতে অএ অধিদপ্তরের আওতাধীন সকল স্বাস্থ্য প্রতিষ্ঠানে কর্মরত মুক্তিযোদ্ধা কর্মকর্তা/কর্মচারীদের মুক্তিযোদ্ধা সংক্রান্ত তথ্য ফরম মুক্তিযোদ্ধা কর্মকর্তা/কর্মচারী কর্তৃক নিজে পূরণ পূর্বক যথাযথ কর্তৃপক্ষের মাধ্যমে বিজ্ঞপ্তি জারীর ১০(দশ) কর্মদিবসের মধ্যে অএ অধিদপ্তরে প্রেরণ করার জন্য অনুরোধ করা হলো।

তারিখঃ ২০/৬/১৪
(ডাঃ মোঃ ইহতেশামুল হক চৌধুরী)
পরিচালক (প্রশাসন)
মহাপরিচালকের পক্ষে
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা।

নং-স্বাঃ অধিঃ/প্রশা-৪/চাকুরীজীবী মুক্তিযোদ্ধা তথ্য ফরম/২০১৪/২৮০৭(২৬)

তারিখঃ-২০/৬/২০১৪

অনুলিপি সদয় অবগতি ও প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণের জন্য প্রেরণ করা হলোঃ-

- ০১। মহা-পরিচালক, স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা। দৃঃ আঃ-সহকারী পরিচালক (সমন্বয়)।
- ০২। অতিরিক্ত মহাপরিচালক (প্রশাসন/পরিকল্পনা ও উন্নয়ন) স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা।
- ০৩। অধ্যক্ষ(সকল)-----
- ০৪। পরিচালক(সকল)-----
- ০৫। পরিচালক (স্বাস্থ্য) (সকল) আপনার অধীনস্থ কার্যালয়ে উল্লেখিত তথ্য ফরম প্রেরণপূর্বক তথ্যাদি অএ অধিদপ্তরে প্রেরণ করার প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণের জন্য অনুরোধ করা হলো।
- ০৬। উপ-পরিচালক (সকল)-----
- ০৭। সহকারী পরিচালক(সকল)-----
- ০৮। সহকারী পরিচালক(এম আই এস) স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা। উক্ত বিজ্ঞপ্তি ও মুক্তিযোদ্ধাদের তথ্য ফরম ওয়েব সাইটে প্রকাশের প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা নেয়ার জন্য অনুরোধ করা হলো।
- ০৯। সিভিল সার্জন(সকল)-----
আপনার অধীনস্থ কার্যালয়ে উল্লেখিত তথ্য ফরম প্রেরণপূর্বক তথ্যাদি অএ অধিদপ্তরে প্রেরণ করার প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণের জন্য অনুরোধ করা হলো।

(ডাঃ মোঃ মাসুম আলী)
সহকারী পরিচালক (প্রশাসন-১)
মহাপরিচালকের পক্ষে-
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা।

(তথ্য ফরম অপর পৃষ্ঠা দ্রষ্টব্য)।

চাকুরীজীবী মুক্তিযোদ্ধাদের তথ্য সংক্রান্ত ফরম

- ১। মুক্তিযোদ্ধা কর্মকর্তা/কর্মচারীর নাম :
- ২। বর্তমান পদবী :
- ৩। চাকুরীতে যোগদানের তারিখ :
- ৪। কর্মরত প্রতিষ্ঠানের নাম :
- ৫। বর্তমান পদের নাম :
- ৬। বর্তমান ঠিকানা :
- ৭। জন্ম তারিখ : (এসএসসি সার্টিফিকেট ফটোকপি সংযুক্ত করতে হবে)
- ৮। পিতার নাম :
- ৯। মাতার নাম :
- ১০। স্থায়ী ঠিকানা :
- ১১। লাল মুক্তিবর্তার ক্রমিক নং :
- ১২। গেজেট নং : তারিখ : (ফটোকপি সংযুক্ত করতে হবে)
- ১৩। মন্ত্রণালয়ের সাময়িক সনদ নং : তারিখ : (ফটোকপি সংযুক্ত করতে হবে)
- ১৪। মাননীয় প্রধানমন্ত্রী শেখ হাসিনা প্রতি
স্বাক্ষরিত সার্টিফিকেট নং : তারিখ : (ফটোকপি সংযুক্ত করতে হবে)
- ১৫। জাতীয় পরিচয় পত্রের ক্রমিক নং : (ফটোকপি সংযুক্ত করতে হবে)
- ১৬। চাকুরীতে প্রবেশের সময় মুক্তিযোদ্ধা হিসেবে ঘোষণা দেওয়া হয়েছিল কিনা :
- ১৭। ডাটা বেইজ অনুযায়ী
মুক্তিযোদ্ধা আইডি নং :
(কর্মকর্তা/কর্মচারীর স্বাক্ষর, তারিখ ও সীল)
- ১৮। প্রতিষ্ঠানের প্রধানের স্বাক্ষর :