

গনপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার  
.....কমিউনিটি ক্লিনিক।  
.....।

স্মারক-

তারিখ-

বরাবর,  
উপজেলা স্বাস্থ্য ও পরিবার পরিকল্পনা কর্মকর্তা  
.....।

বিষয়ঃ- মাল্টিপারপাস হেলথ ভলান্টিয়ার গনের কার্যবিবরণী।

উপরোক্ত বিষয়ের আলোকে ..... কমিউনিটি ক্লিনিকে কর্মরত  
নিম্নলিখিত মাল্টিপারপাস হেলথ ভলান্টিয়ার (এমএইচভি) গনের ..... হইতে  
..... পর্যন্ত কার্যবিবরণী আপনার সদয় অবগতি ও প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা গ্রহণের  
জন্য প্রেরণ করা হলো।

ক্রমিক নং	এমএইচভি গনের নাম	কার্যকাল		নৈমিত্তিক ছুটি		মন্তব্য
		হইতে	পর্যন্ত	হইতে	পর্যন্ত	
০১						
০২						
০৩						
০৪						
০৫						
০৬						
০৭						

দাখিলকারী

সিএইচসিপির স্বাক্ষরঃ  
নামঃ  
পদবীঃ  
কর্মস্থলঃ