**ট্রাভেল এজেন্সি অফিস স্থানান্তরের জন্য পরিদর্শন প্রতিবেদন**

|  |  |
| --- | --- |
| ১। ট্রাভেল এজেন্সির নাম ও পূর্বের ঠিকানা | : |
| ২। আবেদন মোতাবেক প্রস্তাবিত ঠিকানা | : |

৩। নিবন্ধন সংক্রান্ত তথ্যাদি :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| রেজিস্টেশন নং | ইস্যুর তারিখ | মেয়াদ উত্তীর্নের তারিখ |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ৪। প্রস্তাবিত অফিসের চুক্তিপত্র আছে কিনা | : |
| ৫। তদন্তকৃত নতুন অফিসের আয়তন | : |
| ৬। চুক্তিপত্রে উল্লিখিত ঠিকানা ও প্রস্তাবিত আবেদনের ঠিকানায় মিল আছে কিনা  | : |
| ৭। স্থানান্তরের কারণ | : |
| ৮। প্রস্তাবিত ঠিকানায় অফিস কক্ষের ছবি | : |
| ৯। পরিদর্শন কর্মকর্তার মন্তব্য | : |

**কর্মকর্তার স্বাক্ষর**

 **(কর্মকর্তার নাম ও পদবী/সিল)**