

جمهوری اسلامی ایران
 دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
 درمانی استان فارس

فرم درخواست مرخصی

فرم ع ۱۳ (۸-۵۲) ت ۱ سازمان امور اداری استخدامی کشور

۱ - شماره دستیاری:	۲ - نام:
۳ - نام خانوادگی:	۴ - رشته تحصیلی:
۵ - مدت مرخصی روز	۶ - تاریخ شروع و خاتمه مرخصی از لغایت
۷ - نوع مرخصی <input type="radio"/> استحقاقی <input type="radio"/> استعلاجی <input type="radio"/> بدون حقوق مدارک پیوست: مدارک پیوست:	
تاریخ امضاء	
۸ - اظهار نظر مقام مسئول <input type="radio"/> موافقت می شود <input type="radio"/> موافقت نمی شود علت عدم موافقت	
نام و نام خانوادگی مقام مسئول تاریخ امضاء	

* دستیار باید بطریق مقتضی قبل از درخواست مرخصی از استحقاق خود برای استفاده از مرخصی مورد اطمینان حاصل کند.