

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

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



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

درخواست مرخصی

۱- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

۲- شماره مستخدم:			۳- نام:			۴- نام و نام خانوادگی:		
۵- عنوان پست سازمانی:								
۶- واحد سازمانی:			۷- مدت مرخصی: روز.....					
۸- تاریخ شروع و خاتمه مرخصی: از: ۱۳۹ / / لغایت: ۱۳۹ / /			۹- مدارک پیوست:					
۱۰- نوع مرخصی: استحقاقی			استعلاجی			بدون حقوق		
به علت مرخصی بدون حقوق:.....								
تاریخ:								
۱۱- اظهار نظر مسئول:			موافقت می شود			موافقت نمی شود		
علت عدم موافقت:.....								
نام و نام خانوادگی:.....عنوان پست سازمانی:.....								
تاریخ:			امضاء					
مستخدم می بایست به طریق مقتضی قبل از درخواست، از استحقاق خود برای استفاده از مرخصی مورد نظر اطمینان حاصل نماید.								