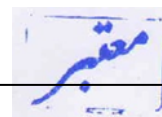


تاریخ آخرین ویرایش: ۱۳۹۸/۰۲/۳۰



درخواست کننده

نام و نام خانوادگی: سمت: نام واحد سازمان:

ساعتی/روزانه: ☐ ساعتی ☐ روزانه

نوع مرخصی: ☐ استعلاجی ☐ استحقاقی

مدت مرخصی: ☐ روز ☐ ساعت

تاریخ شروع/خاتمه: از تا:/...../.....

امضای درخواست کننده:

جایگزین در ایام مرخصی جهت انجام امرات ضروری:

خانم/آقای:

امضای جایگزین:

اظهار نظر مقام مسئول

نام و نام خانوادگی مقام مسئول: سمت:

با درخواست متقاضی: ☐ موافقت می شود ☐ موافقت نمی شود

امضای مقام مسئول: