

به نام خدا



## درخواست مرخصی

نام و نام خانوادگی:		شماره پرسنلی:	
واحد سازمانی:		عنوان پست ثابت سازمانی:	
مدت مرخصی	روز	تاریخ شروع:	خاتمه:
نوع مرخصی:		<input type="checkbox"/> استحقاقی <input type="checkbox"/> بدون حقوق <input type="checkbox"/> استعلاجی	
علت مرخصی بدون حقوق:			
تاریخ		امضا	
نوع دفترچه:	نوع (نام) بیماری:	شماره تلفن همراه:	
<input type="checkbox"/> تامین اجتماعی <input type="checkbox"/> سلامت <input type="checkbox"/> سایر			
شماره داخلی:		مدارک پیوست: گواهی پزشک <input type="checkbox"/> نسخه دارویی <input type="checkbox"/> پرینت داروخانه <input type="checkbox"/> توضیحات:	
اظهار نظر مقام مسئول:		موافقت می‌شود <input type="checkbox"/> موافقت نمی‌شود <input type="checkbox"/>	
علت عدم موافقت:			
نام و نام خانوادگی:		عنوان پست سازمانی:	
تاریخ		امضا	
مستخدم باید قبل از درخواست مرخصی، به طریق مقتضی، از استحقاق خود برای استفاده از مرخصی مورد نظر، اطمینان حاصل کند.			