

## درخواست مرخصی روزانه

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

۱- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان	
۲- شماره مستخدم:	۳- نام:
۴- نام خانوادگی:	
۵- عنوان پست سازمانی:	
۶- واحد سازمانی:	۷- مدت مرخصی: روز
۸- تاریخ شروع و خاتمه مرخصی:	۹- مدرک پیوست:
از لغایت	
۱۰- نوع مرخصی <input type="checkbox"/> استحقاقی <input type="checkbox"/> استعلاجی <input type="checkbox"/> بدون حقوق <input type="checkbox"/>	
علت مرخصی بدون حقوق:	
امضاء	تاریخ
۱۱- اظهار نظر مقام مسئول <input type="checkbox"/> موافقت می شود <input type="checkbox"/> موافقت نمی شود <input type="checkbox"/>	
علت عدم موافقت:	
نام و نام خانوادگی:	
پست سازمانی:	
شماره:	امضاء
تاریخ:	ندارد
مستخدم باید بطریق مقتضی قبل از درخواست مرخصی از استحقاق خود برای استفاده از مورد نظر اطمینان حاصل نماید.	
نام و نام خانوادگی اظهار کننده تعداد مرخصی استحقاقی دارد	
امضاء:	ندارد
E-mail:Behdashti-Ek@kaums.ac.ir	