

فرم درخواست مرخصی



دانشگاه بو علی سینا

ع- ۱۳ (۷۹-۹) ت ۲ سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور

۲- شماره مستخدم :	۱- نام دستگاه : دانشگاه بوعلی سینا	
۴- نام خانوادگی :	۳- نام :	
۶- واحد سازمانی :	۵- عنوان پست سازمانی :	
۸- تاریخ شروع و خاتمه مرخصی : از : لغایت :	۷- مدت مرخصی روز	
۱۰- نوع مرخصی : <input type="checkbox"/> استحقاقی <input type="checkbox"/> استعلاجی <input type="checkbox"/> بدون حقوق علت مرخصی بدون حقوق : تاریخ : امضاء :	۹- مدارک پیوست :	
موافقت نمی شود <input type="checkbox"/>	موافقت می شود <input type="checkbox"/>	۱۱- اظهار نظر مقام مسئول : علت عدم موافقت : نام و نام خانوادگی : عنوان پست سازمانی : تاریخ : امضاء :

مستخدم باید به طریق مقتضی قبل از درخواست از در خواست از استحقاق خود برای استفاده از مرخصی مورد نظر اطمینان حاصل کند