فرم درخواست مرخصی

|  |  |
| --- | --- |
| نام شرکت: | |
| نام: | نام خانوادگی: |
| محل خدمت: | |
| مدت مرخصی روز | تاریخ شروع و خاتمه مرخصی:  از : لغایت: |
| نوع مرخصی: استحقاقی استعلاجی  تاریخ: امضاء | |
| اظهارنظر مقام مسئول: موافقت می شود موافقت نمی شود  علت عدم موافقت:  نام و نام خانوادگی: **تاریخ: امضاء** | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

فرم درخواست مرخصی

|  |  |
| --- | --- |
| نام شرکت: | |
| نام: | نام خانوادگی: |
| محل خدمت: | |
| مدت مرخصی روز | تاریخ شروع و خاتمه مرخصی:  از : لغایت: |
| نوع مرخصی: استحقاقی استعلاجی  تاریخ: امضاء | |
| اظهارنظر مقام مسئول: موافقت می شود موافقت نمی شود  علت عدم موافقت:  نام و نام خانوادگی: **تاریخ: امضاء** | |