فرم درخواست مرخصی

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