

درخواست مرخصی

ع (۹۷/۴ ت) ۱۰۳۰۱۰

۱- وزارت / مؤسسه:	
۲- شماره مستخدم:	۳- نام:
۴- نام خانوادگی:	۵- عنوان پست ثابت سازمانی:
۶- واحد سازمانی:	۷- مدت مرخصی: * روز
۸- تاریخ شروع و خاتمه مرخصی:	۹- مدارک پیوست:
از: لغایت:	
۱۰- نوع مرخصی: <input type="checkbox"/> استحقاقی <input type="checkbox"/> استعلاجی <input type="checkbox"/> بدون حقوق علت مرخصی بدون حقوق:	
تاریخ: امضاء:	
۱۱- اظهار نظر مقام مسئول: <input type="checkbox"/> موافقت می شود <input type="checkbox"/> موافقت نمی شود علت عدم موافقت:	
نام و نام خانوادگی: عنوان پست ثابت سازمانی:	
تاریخ: امضاء:	
*مستخدم باید به طریق مقتضی قبل از درخواست مرخصی از استحقاق خود برای استفاده از مرخصی مورد نظر اطمینان حاصل کند.	

درخواست مرخصی کمتر از یک روز

ع (۹۷/۴ ت) ۱۰۳۰۲۰

۱- وزارت / مؤسسه:		۲- واحد سازمانی	
۳- تاریخ استفاده:		۴- مدت استفاده : ساعت :	
۵- زمان شروع و خاتمه : از ساعت : تا ساعت:		۷- اظهار نظر مقام مسئول <input type="checkbox"/> موافقت می شود <input type="checkbox"/> موافقت نمی شود	
۶- نام و نام خانوادگی درخواست کننده:		تاریخ : امضاء :	
تاریخ : امضاء :		تاریخ : امضا :	

مأموریت اداری کمتر از یک روز

ع (۹۷/۴ ت) ۱۰۳۰۶۰

۱- وزارت / مؤسسه :		۲- واحد سازمانی :	
۳- نام و نام خانوادگی مأمور :			
۴- موضوع مأموریت :		۵- محل مأموریت :	
۶- تاریخ استفاده:		۷- مدت استفاده : ساعت	
۸- زمان شروع و خاتمه :		از ساعت : تا ساعت :	
۹- نام و نام خانوادگی مقام مسئول واحد:		تاریخ :	
عنوان پست ثابت سازمانی :		امضا :	