



## درخواست مرخصی

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

۱- وزارت بهداشت و درمان	
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 از لغایت	۹- مدارک پیوست
۱۰- نوع مرخصی <input type="checkbox"/> استحقاقی <input type="checkbox"/> استعلاجی <input type="checkbox"/> بدون حقوق <input type="checkbox"/> علت مرخصی بدون حقوق تاریخ امضا	
۱۱- اظهار نظر مقام مسئول <input type="checkbox"/> موافقت می‌شود <input type="checkbox"/> موافقت نمی‌شود <input type="checkbox"/> علت عدم موافقت نام و نام خانوادگی عنوان پست ثابت سازمانی تاریخ امضاء	
*مستخدم باید بطریق مقتضی قبل از درخواست مرخصی از استحقاق خود برای استفاده از مرخصی مورد نظر اطمینان حاصل کند.	