



بسمه تعالی

فرم ع - ۱۳ (۹-۷۹) ت ۲ سازمان امور اداری و استخدامی کشور

فرم درخواست مرخصی روزانه

۱- نام دستگاه: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی	۲- شماره مستخدم:	۳- شماره:
۴- نام:	۵- نام خانوادگی	۶- تاریخ:
۷- عنوان پست ثابت سازمانی:	۸- واحد سازمانی: دانشکده پرستاری و مامائی ارومیه	
۹- مدت مرخصی: ____ روز	۱۰- تاریخ شروع و خاتمه مرخصی: از:	لغایت:
۱۱- مدارک پیوست:	۱۲- نوع مرخصی: ☐ استحقاقی ☐ استعلاجی ☐ بدون حقوق علت مرخصی بدون حقوق : تاریخ : امضاء:	
۱۳- اظهار نظر مقام مسئول: علت عدم موافقت: نام و نام خانوادگی: عنوان پست سازمانی:	☐ موافقت می شود تاریخ : امضاء :	☐ موافقت نمی شود امضاء :
۱۴- جانشین آقای/خانم:	امضاء :	



بسمه تعالی

فرم ع - ۱۳ (۹-۷۹) ت ۲ سازمان امور اداری و استخدامی کشور

فرم درخواست مرخصی روزانه

۱- نام دستگاه: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی	۲- شماره مستخدم:	۳- شماره:
۴- نام:	۵- نام خانوادگی	۶- تاریخ:
۷- عنوان پست ثابت سازمانی:	۸- واحد سازمانی: دانشکده پرستاری و مامائی ارومیه	
۹- مدت مرخصی: ____ روز	۱۰- تاریخ شروع و خاتمه مرخصی: از:	لغایت:
۱۱- مدارک پیوست:	۱۲- نوع مرخصی: ☐ استحقاقی ☐ استعلاجی ☐ بدون حقوق علت مرخصی بدون حقوق : تاریخ : امضاء:	
۱۳- اظهار نظر مقام مسئول: علت عدم موافقت: نام و نام خانوادگی: عنوان پست سازمانی:	☐ موافقت می شود تاریخ : امضاء :	☐ موافقت نمی شود امضاء :
۱۴- جانشین آقای/خانم:	امضاء :	



بسمه تعالی

فرم ع - ۱۳ (۹-۷۹) ت ۲ سازمان امور اداری و استخدامی کشور

فرم درخواست مرخصی روزانه

۱- نام دستگاه: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی	۲- شماره مستخدم:	۳- شماره:
۴- نام:	۵- نام خانوادگی	۶- تاریخ:
۷- عنوان پست ثابت سازمانی:	۸- واحد سازمانی: دانشکده پرستاری و مامائی ارومیه	
۹- مدت مرخصی: ____ روز	۱۰- تاریخ شروع و خاتمه مرخصی: از:	لغایت:
۱۱- مدارک پیوست:	۱۲- نوع مرخصی: ☐ استحقاقی ☐ استعلاجی ☐ بدون حقوق علت مرخصی بدون حقوق : تاریخ : امضاء:	
۱۳- اظهار نظر مقام مسئول: علت عدم موافقت: نام و نام خانوادگی: عنوان پست سازمانی:	☐ موافقت می شود تاریخ : امضاء :	☐ موافقت نمی شود امضاء :
۱۴- جانشین آقای/خانم:	امضاء :	



بسمه تعالی

فرم ع - ۱۳ (۹-۷۹) ت ۲ سازمان امور اداری و استخدامی کشور

فرم درخواست مرخصی روزانه

۱- نام دستگاه: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی	۲- شماره مستخدم:	۳- شماره:
۴- نام:	۵- نام خانوادگی	۶- تاریخ:
۷- عنوان پست ثابت سازمانی:	۸- واحد سازمانی: دانشکده پرستاری و مامائی ارومیه	
۹- مدت مرخصی: ____ روز	۱۰- تاریخ شروع و خاتمه مرخصی: از:	لغایت:
۱۱- مدارک پیوست:	۱۲- نوع مرخصی: ☐ استحقاقی ☐ استعلاجی ☐ بدون حقوق علت مرخصی بدون حقوق : تاریخ : امضاء:	
۱۳- اظهار نظر مقام مسئول: علت عدم موافقت: نام و نام خانوادگی: عنوان پست سازمانی:	☐ موافقت می شود تاریخ : امضاء :	☐ موافقت نمی شود امضاء :
۱۴- جانشین آقای/خانم:	امضاء :	