



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی – دانشکده پرستاری و مامائی ارومیه

فرم درخواست مرخصی ساعتی

نام خانوادگی : نام :

تاریخ : ب مدت : از ساعت : تا ساعت :

امضاء در خواست کننده : امضاء سرپرست واحد :

ساعت خروج : ساعت ورود : مدت استفاده : امضاء نگهبانی :



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی – دانشکده پرستاری و مامائی ارومیه

فرم درخواست مرخصی ساعتی

نام خانوادگی : نام :

تاریخ : ب مدت : از ساعت : تا ساعت :

امضاء در خواست کننده : امضاء سرپرست واحد :

ساعت خروج : ساعت ورود : مدت استفاده : امضاء نگهبانی :



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی – دانشکده پرستاری و مامائی ارومیه

فرم درخواست مرخصی ساعتی

نام خانوادگی : نام :

تاریخ : ب مدت : از ساعت : تا ساعت :

امضاء در خواست کننده : امضاء سرپرست واحد :

ساعت خروج : ساعت ورود : مدت استفاده : امضاء نگهبانی :



بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی – دانشکده پرستاری و مامائی ارومیه

فرم درخواست مرخصی ساعتی

نام خانوادگی : نام :

تاریخ : ب مدت : از ساعت : تا ساعت :

امضاء در خواست کننده : امضاء سرپرست واحد :

ساعت خروج : ساعت ورود : مدت استفاده : امضاء نگهبانی :