



## فرم درخواست مرخصی استعلاجی - زایمان

### متقاضی

نام و نام خانوادگی	شماره کارمند	بخش	تعداد روز
از تاریخ	لغایت تاریخ	آدرس محل اقامت در زمان مرخصی	
شماره تماس	تاریخ	امضا	

### مدیر مستقیم

با \_\_\_\_\_ روز / ماه مرخصی موافقت می شود.

نفر جایگزین برای مدت \_\_\_\_\_ به صورت موقت لازم است / لازم نیست.

نام و نام خانوادگی	تاریخ	امضا
--------------------	-------	------

### واحد کنترل کارکرد

در سیستم کنترل کارکرد ثبت گردید.

نام و نام خانوادگی	تاریخ	امضا
--------------------	-------	------

### واحد خدمات مشترک منابع انسانی

اطلاعات در سیستم بروز رسانی گردید.

نام و نام خانوادگی	تاریخ	امضا
--------------------	-------	------

### شریک راهبردی منابع انسانی

هماهنگی های لازم برای فرد جایگزین انجام شد.

نام و نام خانوادگی	تاریخ	امضا
--------------------	-------	------

### واحد جبران خدمات و مزایا

وام مسکن ☐ شماره شناسه: ..... شماره حساب بانک ملت 5556974005

شرایط بازپرداخت اقساط وام و شناسه واریز به ایشان اعلام گردید.

نام و نام خانوادگی	تاریخ	امضا
--------------------	-------	------

### واحد توسعه رهبری و تحلیل سرمایه انسانی

برگه ارزیابی عملکرد تحویل گردیده است.

نام و نام خانوادگی	تاریخ	امضا
--------------------	-------	------

حتما پس از بازگشت از مرخصی، شریک راهبردی خود در منابع انسانی و واحد کنترل کارکرد را مطلع بفرمایید. چنانچه شریک راهبردی منابع انسانی و واحد کنترل کارکرد از بازگشت شما مطلع نباشند کلیه عواقب آن بر عهده خود شخص می باشد.

لطفا فرم تکمیل شده به واحد کنترل کارکرد برگردانده شود.