



AMIN AD AK

## 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

طبق ضوابط با ..... روز / ماه مرخصی موافقت می شود.

نفر جایگزین برای مدت ..... روز / ماه 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 به روزرسانی گردید.

نام و نام خانوادگی: تاریخ: امضا:

### شریک راهبردی منابع انسانی

طبق ضوابط با ..... روز / ماه مرخصی ایشان موافقت می شود / نمی شود

نام و نام خانوادگی: تاریخ: امضا:

### واحد کنترل کارکرد

فرم تایید شده به بخش کنترل کارکرد تحویل گردید.

نام و نام خانوادگی: تاریخ: امضا:

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

نام و نام خانوادگی درخواست کننده مرخصی :

تاریخ :

امضا و اثر انگشت :

لطفا فرم تکمیل شده به واحد کنترل کارکرد برگردانده شود.