



فرم ۸ ع ( ۱۰-۸۹ ) دفتر تشکیلات و روشها

۱- واحد سازمانی :	
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 تاریخ لغایت	۹- مدارک پیوست ( در صورت لزوم )
۱۰- موضوع مرخصی <input type="checkbox"/> استحقاقی <input type="checkbox"/> استعلاجی <input type="checkbox"/> بدون حقوق <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> دوره های آموزشی ( موضوع بخشنامه شماره ۵۰/۳۰۵۶۳۰ مورخ ۱۳۹۱/۹/۱۳ ) <input type="checkbox"/> موارد خاص ( ازدواج یا فوت بستگان ) <input type="checkbox"/> علت مرخصی بدون حقوق : تاریخ : ..... / ..... / ..... امضاء متقاضی	
نظر پزشک معتمد : مرخصی استعلاجی نامبرده به مدت ..... روز مورد تأیید می باشد <input type="checkbox"/> نمی باشد <input type="checkbox"/> مهر و امضاء	
۱۱- اظهار نظر رئیس مربوط : <input type="checkbox"/> موافقت می شود <input type="checkbox"/> موافقت نمی شود علت عدم موافقت : نام و نام خانوادگی : عنوان پست سازمانی : تاریخ : ..... / ..... / ..... امضاء	
مستخدم باید از طریق مقتضی قبل از درخواست مرخصی از استحقاق خود برای استفاده از مرخصی مورد نظر اطمینان حاصل کند . در صورت استفاده از مرخصی موارد خاص باید مدارک پیوست باشد . در صورت درخواست مرخصی استعلاجی گواهی پزشک بایستی پیوست باشد ( ضمناً گواهی پزشک بیش از سه روز باید ظرف مدت ۲۴ ساعت به امور رفاهی اعلام گردد ) .	