

نام و نام خانوادگی:	کارورز رشته:
مدت مرخصی: روز	
نوع مرخصی: استحقاقی <input type="checkbox"/>	استعلاجی <input type="checkbox"/>
تاریخ شروع و خاتمه مرخصی از:	لغایت:
نام و نام خانوادگی جانشین:	
امضاء	
نام و نام خانوادگی مقام مسئول (منتور بخش)	
ملاحظات	

امضاء منتور:

امضاء کارورز:

امضاء

معاون آموزشی مرکز پزشکی امام حسین (ع)

نام و نام خانوادگی:	کارورز رشته:
مدت مرخصی: روز	
نوع مرخصی: استحقاقی <input type="checkbox"/>	استعلاجی <input type="checkbox"/>
تاریخ شروع و خاتمه مرخصی از:	لغایت:
نام و نام خانوادگی جانشین:	
امضاء	
نام و نام خانوادگی مقام مسئول (منتور بخش)	
ملاحظات	

امضاء منتور:

امضاء کارورز:

امضاء

معاون آموزشی مرکز پزشکی امام حسین (ع)

نام و نام خانوادگی:	کارورز رشته:
مدت مرخصی: روز	
نوع مرخصی: استحقاقی <input type="checkbox"/>	استعلاجی <input type="checkbox"/>
تاریخ شروع و خاتمه مرخصی از:	لغایت:
نام و نام خانوادگی جانشین:	
امضاء	
نام و نام خانوادگی مقام مسئول (منتور بخش)	
ملاحظات	

امضاء کارورز:

امضاء منتور:

امضاء

معاون آموزشی مرکز پزشکی امام حسین (ع)