

به: معاونت آموزشی تحصیلات تکمیلی دانشکده پزشکی

از: مرکز آموزشی و درمانی امام حسین (ع)

موضوع: مرخصی دستپاری

نام و نام خانوادگی:	دستپار رشته:	امضا:
مدت مرخصی:	روز:	نوع مرخصی: استحقاقی <input type="checkbox"/> استعلاجی <input type="checkbox"/> بدون حقوق <input type="checkbox"/>
تاریخ شروع و خاتمه مرخصی از:	لغایت:	
نام و نام خانوادگی جانشین:	امضا:	
نام و نام خانوادگی مقام مسنول (رئیس بخش):	امضا:	
ملاحظات:		

با تشکر

دکتر

معاون آموزشی مرکز پزشکی امام حسین (ع)

(ع) دستپار رشته: تخصصی

روز:

موضوع:

شماره:		
نام و نام خانوادگی (نام و نام خانوادگی):	روز:	
نام و نام خانوادگی جانشین:	روز:	
نام و نام خانوادگی مقام مسنول (رئیس بخش):	روز:	
نام و نام خانوادگی:	روز:	نوع مرخصی: استحقاقی <input type="checkbox"/> استعلاجی <input type="checkbox"/> بدون حقوق <input type="checkbox"/>
نام و نام خانوادگی:	روز:	ملاحظات:

با تشکر

(ع) دستپار رشته: تخصصی

معاون آموزشی مرکز پزشکی امام حسین (ع)