|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | شماره :  تاریخ :  **درخواست مرخصی**  اینجانب ....................... فرزند ....................... به شماره پرسنلی .............. از واحد ................ درخواست ................ روزمرخصی استحقاقی استعلاجی بدون حقوق از تاریخ .................. لغایت ................. را می نمایم. ضمناً جانشین اینجانب خانم/ آقا ................... می باشد .  تاریخ وامضاء : | | با مرخصی نامبرده به مدت .................... ساعت موافقت می شود .  سرپرست یا سرشیفت : مدیر واحد: |      |  | | --- | | شماره :  تاریخ :  **درخواست مرخصی**  اینجانب ....................... فرزند ....................... به شماره پرسنلی .............. از واحد ................ درخواست ................ روزمرخصی استحقاقی استعلاجی بدون حقوق از تاریخ .................. لغایت ................. را می نمایم. ضمناً جانشین اینجانب خانم/ آقا ................... می باشد .  تاریخ وامضاء : | | با مرخصی نامبرده به مدت .................... ساعت موافقت می شود .  سرپرست یا سرشیفت : مدیر واحد: | |