



دانشگاه بیرجند

فرم تأیید مرخصی استعلاجی کارکنان

شماره:

تاریخ:

پیوست:

نام و نام خانوادگی	محل کار	
نوع درخواست	<input type="checkbox"/> بیش از ۱۲ روز مرخصی	<input type="checkbox"/> بیش از ۳ روز
شرح درخواست (کلیه‌ی مدارک پزشکی پیوست می‌باشد)		
مسئول محترم اداره‌ی کارگزینی دانشگاه با سلام و احترام		
تاریخ و امضاء متقاضی		
نظر کارگزینی		
مسئول محترم درمانگاه فرهیختگان و پزشک معتمد دانشگاه با سلام و احترام، درخواست فوق جهت <input type="checkbox"/> اظهارنظر پزشک معتمد یا <input type="checkbox"/> طرح در کمیسیون پزشکی ارسال می‌گردد.		
تاریخ و امضاء مسئول کارگزینی		
نظر پزشک معتمد یا کمیسیون پزشکی		
مسئول محترم اداره‌ی کارگزینی دانشگاه با سلام و احترام		
شماره پرونده:		
تاریخ و امضاء پزشک معتمد و مهر درمانگاه		
هامش کارگزینی		
تاریخ و امضاء مسئول کارگزینی		

همکاران محترم؛ به منظور سرعت عمل خواهشمند است گواهی و مدارک پزشکی مربوطه به فرم پیوست شود.