

شرکت درخواست مرخصی روزانه	
شماره پرسنلی:	عنوان پست سازمانی:
نام، نام خانوادگی:	سمت:
نام واحد سازمانی:	مدت مرخصیروز
نوع مرخصی : ☐ استحقاقی ☐ استعلاجی ☐ بدون حقوق	
تاریخ درخواست:	تاریخ مرخصی از تا
علت مرخصی بدون حقوق تاریخ امضاء درخواست کننده	
نام و نام خانوادگی جانشین	
اظهار نظر مقام مسئول : ☐ موافقت میشود ☐ موافقت نمیشود علت عدم موافقت: تاریخ امضاء مسئول	