فرم درخواست مرخصی

Leave Request Form — نسخه ۱۴۰۵

۱ اطلاعات درخواست‌کننده

نام و نام خانوادگی: ..... شماره پرسنلی: .....

واحد سازمانی: ..... سمت: .....

تاریخ درخواست: .....

۲ نوع درخواست و مدت مرخصی

نوع درخواست: ☐ مرخصی روزانه ☐ مرخصی ساعتی

نوع مرخصی: ☐ استحقاقی ☐ استعلاجی ☐ بدون حقوق

مدت مرخصی: ..... روز / ساعت

از تاریخ: ..... تا تاریخ: .....

از ساعت: ..... تا ساعت: .....

علت (در صورت مرخصی بدون حقوق): .....

۳ تأییدیه‌ها

امضای درخواست‌کننده	نظر مدیر مستقیم	ثبت در واحد اداری / منابع انسانی
تاریخ:	☐ موافقت می‌شود ☐ موافقت نمی‌شود	نام و تاریخ:
	امضا و تاریخ:	

توجه: این فرم باید قبل از شروع مرخصی تکمیل و به تأیید مدیر مستقیم برسد. در صورت مرخصی استعلاجی، پیوست گواهی پزشک الزامی است. نسخهٔ امضاشده در پروندهٔ پرسنلی بایگانی می‌شود.