



به نام خدا



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی جهرم

شورای پزشکی معاونت درمان

شماره :

تاریخ:.....

پیوست :.....

از :

به : شورای پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی جهرم

محل الصاق عکس

موضوع درخواست : مرخصی استراحت پزشک بررسی از کار افتادگی

بررسی انتقالی یا تغییر شغل سایر موارد

توضیحات:.....

مشخصات :

نام : نام خانوادگی : فرزند : سال تولد : محل تولد :

شماره ملی : شماره تماس : شماره مستخدم :

آدرس:.....

سمت /پست سازمانی : سنوات خدمت : مدت استفاده از استراحت پزشکی در سال گذشته

..... مدت استفاده از استراحت پزشکی در سال گذشته :.....

اقدام کننده :

شماره تماس اقدام کننده :

نام و امضاء رئیس

مهر اداره یا سازمان مربوط

مهر و امضاء کارگزینی