|  |  |
| --- | --- |
| ***درخواست‏کننده*** | **مدیر/ سرپرست محترم واحد ...............................................****خواهشمند است با درخواست مرخصي (○استحقاقی / ○بدون حقوق / ○مازاد ) اينجانب ......................................................... به‏شماره‏ی پرسنلی ....................... به‏شرح ذیل موافقت فرماييد.****○روزانه؛ از تاريخ ...................................... تا ...................................... جمعاً به‏مدت ...................... روز****○ساعتی؛ در تاریخ ...................................... از ساعت ...................... تا ......................** |
|  | **تاریخ، امضای درخواست‏کننده:** |  |
| ***جانشین*** | در غیاب اینجانب، آقای/ خانم **.........................................................** وظایف محوله را عهده‏دار خواهند بود. |
|  | **تاریخ، نام، نام‏خانوادگی و امضای جانشین:** |  |
| ***سرپرست مربوطه*** | ○با مرخصی نامبرده موافقت مي‌‏گردد. ○به‏دلیل **.........................................................................................................،** موافقت نمی‏گردد. |
|  | **تاریخ، نام، نام‏خانوادگی و امضای سرپرست:** |  |
| ***واحد کارگزینی*** | میزان مانده مرخصی نامبرده **...........................** ساعت می‏باشد. |
|  | **تاریخ، نام، نام‏خانوادگی و امضای واحد کارگزینی:** |  |
| ***مدیر مربوطه*** | **⭘با توجه به موافقت مدیر/ سرپرست مربوطه، مرخصی نامبرده مورد تأیید است.****⭘به‏دلیل .........................................................................................................، مورد تأیید نیست.** |
|  | **تاریخ، نام، نام‏خانوادگی و امضا:** |  |
| اقدام واحد کارگزینی: |