



برگه درخواست مرخصی بدون حقوق اعضای هیأت علمی بالینی

(مرخصی بیش از ۸۹ روز)

مشخصات متقاضی

نام و نام خانوادگی: گروه آموزشی: مرتبه علمی: پایه نوع استخدام

مشخصات درخواست مرخصی

نام مرکز محل خدمت: به مدت روز/ ماه

تاریخ شروع: تاریخ پایان:

نظریه مرکز	نظر رئیس بخش <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط توضیحات: نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ:	نظر معاون آموزشی مرکز <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط توضیحات: نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ:
	نظر رئیس مرکز <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط توضیحات: نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ:	نظر مدیر گروه <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط توضیحات: نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ:
نظریه دانشکده	نظر رئیس دانشکده <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط توضیحات: نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ:	نظر شورای آموزشی <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط توضیحات: نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء معاون آموزشی دانشگاه: تاریخ: شماره صورتجلسه تاریخ:
	نظر هیأت رئیسه دانشگاه <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط توضیحات: نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء رئیس دانشگاه: تاریخ: شماره صورتجلسه تاریخ:	نظریه شورای آموزشی <input type="checkbox"/> موافق <input type="checkbox"/> مخالف <input type="checkbox"/> مشروط توضیحات: نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء معاون آموزشی دانشگاه: تاریخ: شماره صورتجلسه تاریخ:

این برگه بدون تائید تمامی موارد فوق الذکر و نظر نهایی هیأت رئیسه دانشگاه فاقد اعتبار می باشد