



فرم درخواست کسر ساعت کار بانوان شاغل دارای شرایط خاص

اینجانب:	شماره پرسنلی:	تحصیلات:
عنوان پست سازمانی:	واحد سازمانی:	محل خدمت:
سابقه خدمت: را به دلیل	تقاضای استفاده از کسر ساعت کار بانوان شاغل دارای شرایط خاص	
ساعت استفاده:	دارم و با استناد به برگه مدارک پیوست	
	<input type="checkbox"/> اول وقت <input type="checkbox"/> آخر وقت	
شماره تماس تلفن ثابت:	تلفن همراه:	
نام و نام خانوادگی:	تاریخ:	امضاء:
معاون توسعه منابع انسانی واحد ذیربط		
<input type="checkbox"/> موافقت می شود <input type="checkbox"/> مخالفت می شود		
نام و نام خانوادگی:	تاریخ:	امضاء:
بالاترین مقام اجرائی واحد ذیربط:		
<input type="checkbox"/> موافقت می گردد <input type="checkbox"/> موافقت نمی شود		
نام و نام خانوادگی:	امضاء:	
اظهار نظر اداره کل منابع انسانی:		
رئیس قسمت مرخصی ها - نام و نام خانوادگی:	تاریخ:	امضاء:
براین اساس:	<input type="checkbox"/> امکان استفاده دارد <input type="checkbox"/> امکان استفاده ندارد	
عنوان: مدیر کل منابع انسانی	نام و نام خانوادگی:	امضاء: