

درخواست استفاده از خدمت نیمه وقت بانوان

۱-موسسه /وزارت: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان		۲-واحد سازمانی:	
۳-نام:		۴-نام خانوادگی:	
۵-عنوان پست سازمانی:		۶-مدت استفاده: یکسال	
۷-تاریخ شروع و خاتمه از : لغایت:			
۸-نحوه زمان بندی خدمت نیمه وقت:		۹- علت استفاده از خدمت نیمه وقت:	
۱۰-تاریخ: امضاء درخواست کننده:			
۱۱- اظهار نظر مقام مسئول واحد: ☐ موافقت می شود ☐ موافقت نمی شود علت عدم موافقت: نام و نام خانوادگی: عنوان پست سازمانی: تاریخ: امضاء			
۱۳- اظهار نظر بالاترین مقام سازمان: ☐ موافقت می شود ☐ موافقت نمی شود			
دکتر شاهین شیرانی سرپرست دانشگاه تاریخ: امضاء:			