دانشگاه علوم پزشکی کرمان

دانشکده پزشکی

درخواست مرخصی دستیار پاتولوژی

شماره : _____

تاریخ : _____

نام و نام خانوادگی دستیار دکتر _____

مدت مرخصی:

از تاریخ _____ لغایت _____

☐ استحقاقی ☐ استعلاجی ☐ بدون حقوق

امضاء و مهر دستیار

امضاء و مهر دستیار جانشین

با درخواست مرخصی موافقت می شود

امضاء استاد مربوطه

امضاء مدیر گروه

توضیح: .....

معاونت آموزشی بالینی