

بسمه تعالی

درخواست استفاده از خدمت نیمه وقت بانوان

فرم ع ۴-۱۸ (م-۶۵) سازمان امور اداری و استخدامی کشور

۱- مؤسسه / وزارت:	۲- واحد سازمانی:
۳- نام:	۴- نام خانوادگی:
۵- عنوان پست سازمانی:	۶- مدت استفاده روز ماه سال
۷- تاریخ شروع و خاتمه: از لغایت	
۸- نحوه زمان بندی خدمت نیمه وقت:	۹- علت استفاده از خدمت نیمه وقت:
۱۰- تاریخ	امضا درخواست کننده:
۱۱- اظهار نظر مقام مسئول واحد: <input type="checkbox"/> موافقت می شود <input type="checkbox"/> موافقت نمی شود علت عدم موفقیت:	نام و نام خانوادگی: عنوان پست ثابت سازمانی: تاریخ: امضاء
۱۲- اظهار نظر بالاترین مقام سازمان: <input type="checkbox"/> موافقت می شود <input type="checkbox"/> موافقت نمی شود	توضیحات: امضاء تاریخ: