

## فرم درخواست تغییر محل خدمت

۱- دستگاه : دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی جهرم	۲- نام :	۳- نام خانوادگی :
۴- پست سازمانی :	۵- محل خدمت :	
۶- مستخدم :		
با احترام؛ اینجانب _____ تقاضای تغییر محل خدمت به بیمارستان/معاونت _____ دارم. خواهشمند است مساعدت لازم را مبذول فرمائید.		
تاریخ :	امضاء :	
۷- ریاست / معاونت واحد مربوطه :		
با تقاضای نامبرده مبنی بر تغییر محل خدمت از این واحد به _____ موافقت بعمل می آید.		
تاریخ :	مهرو امضاء	
۸- ریاست / معاونت انتقال گیرنده :		
با تقاضای نامبرده مبنی بر تغییر محل خدمت از بیمارستان/معاونت _____ به این واحد موافقت بعمل می آید.		
شماره:	تاریخ :	مهرو امضاء
۹- معاونت توسعه مدیریت و منابع :		
با تقاضای نامبرده موافقت میگردد/نمی گردد.		
تاریخ :	امضاء	
۱۰- دفتر مدیریت حراست:		
تاریخ :	امضاء	
۱۱- ریاست / معاونت واحد مربوطه :		
بدینوسیله با آقای/خانم _____ تسویه حساب گردید. آخرین روز خدمتی نامبرده مورخ _____ اعلام میگردد و ذخیره مرخصی وی _____ روز می باشد. ضمناً به پیوست فرم تسویه حساب ارسال میگردد.		
تاریخ :	امضاء	
۱۲- دفتر مدیریت نیروی انسانی :		
تاریخ :	امضاء	