

## 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- مسئول واحد مربوطه(مسئول مستقیم) :		
با تقاضای نامبرده مبنی بر تغییر محل خدمت از این واحد به _____ موافقت بعمل می آید .		
تاریخ :	نام و نام خانوادگی:	امضاء
۸- ریاست / معاونت واحد مربوطه :		
با تقاضای نامبرده مبنی بر تغییر محل خدمت از این واحد به _____ موافقت بعمل می آید .		
تاریخ :	نام و نام خانوادگی:	امضاء
۹- ریاست / معاونت انتقال گیرنده :		
با تقاضای نامبرده مبنی بر تغییر محل خدمت از بیمارستان/معاونت _____ به این واحد موافقت بعمل می آید .		
تاریخ :	نام و نام خانوادگی:	امضاء
۱۰- معاونت توسعه مدیریت و منابع :		
با تقاضای نامبرده موافقت میگردد.		
تاریخ :	امضاء	
۱۱- دفتر مدیریت حراست:		
تاریخ :	امضاء	
۱۲- مسئول امور اداری واحد مربوطه :		
بدینوسیله با آقای/خانم _____ تسویه حساب گردید. آخرین روز خدمتی نامبرده مورخ _____ اعلام میگردد . ضمناً به پیوست فرم تسویه حساب ارسال میگردد.		
تاریخ :	نام و نام خانوادگی:	امضاء
۱۳-مدیریت نیروی انسانی:		
تاریخ :	امضاء	