رئیس محترم مرکز بهداشت شهرستان کاشان

 با سلام و احترام

 اینجانب .............................. با پست سازمانی ............................ از کارکنان رسمی 󠄍󠄍 پیمانی 󠄍󠄍 قراردادی 󠄍󠄍 شرکتی 󠄍󠄍 شاغل در مرکز خدمات جامع سلامت 󠄍..................... 󠄍 󠄍 ستاد مرکز بهداشت شهرستان 󠄍󠄍 مشمول استفاده از قانون کاهش ساعت کاربانوان می باشم .

با توجه به نامه شماره 4440/209/د مورخ 18/4/1402 مدیر کل منابع انسانی وزارت متبوع متقاضی تجمیع کسر کار مذکور در روزهای ................ هر هفته می باشم . خواهشمند است با در خواست اینجانب موافقت فرمایید. ضمناً متعهد می گردم نسبت به تکمیل ساعت موظفی هفتگی و ماهیانه و انجام وظایف محوله تحت نظر مقام مافوق اقدام نمایم و در صورت نیاز واحد به حضور اینجانب در روز تعیین شده ( بابت مرخصی تجمیعی) بدون هیچگونه اعتراض در محل کار خود حضور یابم.

امضا درخواست کننده

نظریه مقام مسئول/ پزشک مسئول مرکز

با درخواست نامبرده جهت استفاده از مرخصی تجمیعی بابت کسرکار بانوان در روز های............هر هفته موافقت می گردد 󠄍 󠄍󠄍 󠄍 نمی گردد . 󠄍󠄍 󠄍

مهر و امضا مقام مسئول- پزشک مسئول

 نظریه کارشناس مسئول ................................ نظریه رئیس مرکز بهداشت شهرستان......................