

بسمه تعالی

مدیریت محترم گروه پزشکی اجتماعی
سرکارخانم دکتر / جناب آقای دکتر

با سلام و احترام،

خواهشمند است با درخواست مرخصی اینجانب کارورز رشته پزشکی مستقر در مرکز
بهداشتی درمانی که به تایید پزشک مرکز نیز رسیده است در تاریخ مشروحه ذیل موافقت
بفرمایید.

۱- تاریخ:

۲- تاریخ:

مهر و امضای پزشک مرکز