

تاریخ درخواست:		برگ درخواست مرخصی روزانه	
شماره پرسنلی:		نام و نام خانوادگی:	
زمان شروع و خاتمه : از مورخ تا مورخ به مدت روز			
علت مرخصی : مرخصی استحقاقی مرخصی استعلاجی توضیحات (در صورت نیاز):			
امضاء مدیر عامل	امضاء مدیر منابع انسانی	امضاء مسئول مستقیم	امضاء همکار