

بسمه تعالی

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گراش

فرم تقاضای تسویه حساب از دانشکده علوم پزشکی گراش

سمت :

نام و نام خانوادگی :

با توجه به : تغییر وضعیت پایان طرح انتقال استعفا ماموریت بازنشستگی

با واحد های زیر تسویه حساب نموده ام خواهشمند است اقدام مقتضی معمول دارید .

امضاء و تاریخ :

ردیف	واحد	نظر واحد	امضاء
۱	امور فرهنگی		
۲	امین اموال		
۳	مسئول امور عمومی		
۴	کارگزینی		
۵	حسابداری		
۶	انبار		
۷	کارپردازی		
۸	کتابخانه		
۹	حراست		
۱۰	معاونت مربوطه		
۱۱	ریاست دانشکده		
۱۲	مسئول حضور و غیاب		
۱۳	بازرسی و رسیدگی به شکایات		
۱۴	فناوری اطلاعات (IT)		