



بِسْمِ تَعَالَى

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان

شماره: _ شماره _
تاریخ: _ تاریخ _
پیوست: _ پیوست _

مدیریت محترم نوسازی و توسعه سرمایه انسانی

باسلام واحترام

خواهشمند است دستور فرمائید نسبت به پرداخت کمک هزینه ازدواج فرزند
اینجانب کارمند بازنشسته دانشگاه به شماره دفتر کل
اقدام لازم به عمل آید .

آخرین واحد خدمتی بازنشسته :
شماره موبایل متقاضی :
آدرس و تلفن محل سکونت :

امضاء متقاضی
تاریخ درخواست