

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 و احترام

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

نام و نام خانوادگی

شماره موبایل متقاضی

آخرین واحد خدمتی بازنشسته

آدرس و تلفن محل سکونت

مدارک لازم :

امضاء متقاضی

تاریخ درخواست