



بسمه تعالی

فرم درخواست بکارگیری نیروی کار

تاریخ:

شماره:

پیوست:

دانشکده

رئیس محترم دانشکده

جناب آقای دکتر

اینجانب

مسئول امور

درخواست مینمایم دستور فرمایید.

جهت انجام:

در تاریخهای

بتعداد

نفر نیروی کارگری در اختیار این واحد قرار دهند.

امور مالی اقدام لازم

درخواست کننده:

رئیس دانشکده

نام:

کارپردازی جهت اقدام لازم

امور مالی

اینجانب

مسئول امور

کارکرد آقای

بابت

روز کار در

در تاریخهای

تایید مینمایم. تایید درخواست کننده:

نام:

اینجانب

بابت

روز کار در

مبلغ

ریال

از قرار روزانه

ریال از آقای

نقدا دریافت نمودم.

نام:

امضاء:

نام نیروی کار:

کد ملی:

آدرس:

تلفن:

همراه: