



"بسمه تعالی"



نام سند: فرم درخواست پرونده پرسنلی

کد سند: KH-FR-HRM-29-03

تاریخ آخرین بازنگری: 1404/02/27

تاریخ ابلاغ: 1401/11/13

نام درخواست کننده:

نام تحویل دهنده:

علت درخواست:

مشخصات پرونده:

تاریخ تحویل پرونده :

تاریخ برگشت پرونده:

امضا تحویل دهنده:

امضا درخواست کننده:

نام و نام خانوادگی تایید کننده:

ریاست بیمارستان