

به : مرکز بهداشت شهرستان قاینات

از : مرکز بهداشتی درمانی

سلار علیچکر

شماره :

تاریخ :

احتراماً، بدینوسیله گواهی کار پرسنل تابعه این واحد در ماه سال ۱۳۹۰ جهت اطلاع و اقدام لازم ارسال می گردد.

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت	کارکرد	استحقاقی	روزهای مورد استفاده	ساعتی	استعلاجی	غیبت	مأموریت	ملاحظات
۱										
۲										
۳										
۴										
۵										
۶										
۷										
۸										
۹										
۱۰										
۱۱										
۱۲										
۱۳										
۱۴										
۱۵										
۱۶										
۱۷										
۱۸										
۱۹										
۲۰										
۲۱										
۲۲										
۲۳										

امور اداری مرکز

سرپرست مرکز بهداشتی درمانی.....