**برگ ماًموریت اداری** « موضوع : بند الف ماده 11 قانون استخدام کشوری»

 **فرم ع ـ 119 (11 ـ 70 ) سازمان امور اداری و استخدامی کشور**

|  |  |
| --- | --- |
| **1- وزارت / مؤسسه : دانشگاه علوم پزشکی اهواز** | **2- واحد اعزام کننده :دانشکده بهداشت** |
| **3- نام و نام خانوادگی مأمور :**  | **4- عنوان پست سازمانی :**  |
| **5- نوع درخواست :** **صدور حکم مأموریت تمدید مأموریت** | **6- نوع مأموریت :** **انفرادی گروهی** |
| **7- محل مأموریت :**  |
| **8-** **موضوع مأموریت :**  |
| **9- مدت مأموریت روز بیتوته** | **از تاریخ** **تا تاریخ** **10- تاریخ مأموریت :** |
| **11- مدت تمدید مأموریت :**  | **12- مجوز تمدید مأموریت :** |
| **13- محل اقامت : تأمین شده است تأمین نشده است** |
| **14- نوع وسیله رفت و برگشت :** وسیله نقلیه دولتی با راننده وسیله نقلیه دولتی بدون راننده هواپیما قطار کشتی اتوبوس وسیله شخصی |
| **15- وسائل و تجهیزات مورد نیاز در مأموریت :** |
| **16- نام و نام خانوادگی مسئول واحد اعزام کننده :****عنوان پست سازمانی :**  **امضاء :** | **18- نام ونام خانوادگی مقام تائيد كننده :****عنوان پست سازمانی :**  **امضاء :** |
| **17- شماره درخواست : تاریخ :** | **19- شماره : تاریخ :** |
| **20- فوق العاده روزانه و سایر هزینه ها از محل فصل ماده** **تامین گردیده و پس از تایید قابل پرداخت است .**  |
| **21- نام و نام خانوادگی مسئول امور مالی :**  | **22- شماره و تاریخ :** |
| **23- نام و نام خانوادگی مسئول امور اداری :**  | **24 شماره و تاریخ صدور حکم :** |
| **25- گزارش مختصر مأموریت :** |
| **26- تائید مأموریت** |
| **انجام مأموریت فوق الذکر از تاریخ تا تاریخ به مدت روز بیتوته مورد تایید میباشد.** |
| **نام و نام خانوادگی مسئول واحد اعزام كننده :****عنوان پست سازمانی : امضاء**  | **نــسـخــه :** |