

فرم درخواست استفاده از خدمات اسکان مجتمع رفاهی نوشهر

فرد متقاضی

نام و نام خانوادگی:	تاریخ درخواست:
تعداد نفرات:	کد ملی:
شماره تماس:	سمت:
	محل خدمت:

افراد تحت تکلف

ردیف	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نسبت
۱			
۲			
۳			
۴			
۵			
۶			
۷			
۸			

اطلاعات تکمیلی

تاریخ ورود: / / ۱۴۰۲ روز	تاریخ خروج: / / ۱۴۰۲ روز
نحوه اسکان: آپارتمان مجتمع رفاهی نوشهر	ساعت تحویل: ۱۴:۰۰ ساعت تخلیه: ۱۱:۰۰

توضیحات

بررسی درخواست: مورد تایید می باشد مورد تایید نمی باشد تکمیل ظرفیت و اعلام تاریخ جایگزین

تاریخ ورود جایگزین: / / ۱۴۰۲ روز تاریخ خروج جایگزین: / / ۱۴۰۲ روز

مدیر اداری و سرمایه انسانی: _____
تاریخ: _____
امضاء