

برگ مأموریت اداری

((موضوع بند الف ماده ۱۱ قانون استخدام کشوری))

فرم ۱۱۹- (۱۱-۷۰) سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور



۱- وزارت/مؤسسه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی استان اصفهان ۲- واحد اعزام کننده:	
۳- نام و نام خانوادگی مأمور: ۴- عنوان پست ثابت سازمانی:	
۵- نوع درخواست: <input type="checkbox"/> صدور حکم مأموریت: <input type="checkbox"/> تمدید مأموریت: <input type="checkbox"/> ۶- نوع مأموریت: <input type="checkbox"/> انفرادی <input type="checkbox"/> گروهی	
۷- محل مأموریت:	
۸- موضوع مأموریت:	
۹- مدت مأموریت: روز	۱۰- تاریخ مأموریت: از تاریخ لغایت:
۱۱- مدت تمدید مأموریت: روز	۱۲- مجوز تمدید مأموریت:
۱۳- محل اقامت: <input type="checkbox"/> تأمین شده است <input type="checkbox"/> تأمین نشده است	
۱۴- نوع وسیله رفت و برگشت: <input type="checkbox"/> وسیله نقلیه <input type="checkbox"/> وسیله نقلیه <input type="checkbox"/> هواپیما <input type="checkbox"/> قطار <input type="checkbox"/> کشتی <input type="checkbox"/> اتوبوس <input type="checkbox"/> وسیله شخصی دولتی با راننده <input type="checkbox"/> دولتی بدون راننده	
۱۵- وسایل و تجهیزات مورد نیاز در مأموریت:	
۱۶- نام و نام خانوادگی مسئول واحد اعزام کننده:	۱۸- نام و نام خانوادگی مقام موافقت کننده:
عنوان پست سازمانی: امضاء	عنوان پست سازمانی: امضاء
۱۷- شماره درخواست: تاریخ	۱۹- شماره: تاریخ



ماده		فصل	۲۰- فوق العاده روزانه و سایر هزینه از محل تأمین گردیده و پس از تأیید قابل پرداخت است.
۲۲- شماره و تاریخ:		۲۱- نام و نام خانوادگی مسئول امور مالی: عنوان پست سازمانی: امضاء	
۲۴- شماره و تاریخ صدور حکم:		۲۳- نام و نام خانوادگی مسئول امور اداری: عنوان پست سازمانی: امضاء	
۲۵- گزارش مختصر مأموریت:			
تأیید مأموریت			
روز	به مدت	لغایت	انجام مأموریت فوق الذکر از تاریخ مورد تأیید میباشد.
نسخه:	نام و نام خانوادگی مسئول واحد اعزام کننده:		
حسابداری	عنوان پست سازمانی: امضاء		
مستخدم			