

 HG HOSPITAL Hayatınız Güvende	MAZERET İZİN FORMU	Doküman No	HE FR 07
		Yayın Tarihi	15.01.2025
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	00
		Sayfa No	1/1

BİRİMİ :	İSTEM TARİHİ:/...../.....	İZİN SÜRESİ:
ADI/SOYADI:	İZİN BAŞLAMA TARİHİ: /..... /.....	YILLIK İZİN: ☐
GÖREVİ:	İZİN BİTİŞ TARİHİ: /...../.....	MAZERET İZİNİ: ☐
		ÜCRETSİZ İZİN: ☐
AÇIKLAMA :		PERSONELİN İMZASI:
İZİNDEKİ ADRES VE TELEFONU:		
O N A Y /..... /..... Birim Sorumlusu		

Not:

Birim personelinin talebi Birim Sorumlusu, Birim Sorumlularının talepleri ise Bölüm Sorumlusu tarafından onaylanır.