

فرم درخواست متقاضی

مسئول محترم اداره رفاه دانشگاه

احتراما "اینجانب (.....) کارمند شاغل در (.....) متقاضی استفاده از اقامتگاه دانشگاه در مشهد مقدس از تاریخ (/ / ۱۳۹۶) ساعت ۱۲ صبح لغایت (/ / ۱۳۹۶) ساعت ۱۰ صبح به مدت ۴ روز و ۳ شب می باشم.

مشخصات متقاضی		اسامی همراهان	نسبت باکارمند	سن	
نام و نام خانوادگی :					
کدملی :					
محل خدمت:					
شماره همراه:					
نفرات مزاد: (ثبت نفرات مزاد الزامیست)					
اسامی همراهان	نسبت باکارمند	سن	اسامی همراگان	نسبت باکارمند	سن

* کل هزینه پرداختی برای هر خانوار (۴ نفره) به مبلغ ۵/۰۴۰/۰۰۰ ریال به شماره حساب ۲۱۷۸۴۶۹۰۰۷۰۰۴ به نام دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی رابط اختصاصی امور نزد بانک ملی قابل پرداخت می باشد.