



مرکز بهداشت شهرستان

بسمه تعالی

شماره.....
تاریخ.....
پیوست.....

معاونت محترم بهداشتی

با سلام و احترام،

عنایت به ماموریت آقای / خانم از همکاران محترم این واحد از تاریخ لغایت به شهر و برگشت نامبرده در تاریخ خواهشمند است دستور فرمایید نسبت به تهیه بلیط اقدام لازم مبذول گردد.

قطار

هواپیما

اتوبوس

وسیله نقلیه دولتی بدون راننده

وسیله نقلیه دولتی و راننده

وسیله نقلیه بخش خصوصی طرف قرارداد با دانشگاه

پرداخت ماموریت به ازاء هر کیلومتر ۱۸۰۰ ریال براساس مصوبه هیات امناء

ضمن اخودرو مورد نیاز جهت عزیمت ایشان به مشهد مقدس / ایستگاه راه آهن /

تامین نگردد

تامین گردد

امضای مسئول واحد

امضاء متقاضی

آدرس: سبزوار، خیابان طالقانی، مرکز بهداشت شهرستان، تلفن ۰۲۶۴۵۲۰۰ - ۰۲۶۴۵۶۲۰ فاکس ۰۲۶۴۵۱۳۶ (۰۵۷۱)

E.mail: Sabzhealth @ yahoo.com

کد پستی: ۹۶۱۷۶۸۴۱۵۵