

بسمه تعالی

ساعات کارکرد خانم/آقای دکتر _____ .

از ماه _____ سال _____ تا ماه _____ سال _____ مربوط به ترفیع سال _____ .

ردیف	ماه	سال	روزهای حضور	ساعات حضور "تایمکس"	مرخصی استحقاقی	مرخصی استعلاجی	ماموریت	محرومیت از مطب	ملاحظات
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									
۷									
۸									
۹									
۱۰									
۱۱									
۱۲									

رئیس دانشکده / مرکز
نام و نام خانوادگی
امضاء

مدیر گروه/معاون مرکز
نام و نام خانوادگی
امضاء

تهیه کننده
نام و نام خانوادگی
امضاء