|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | معاونت غذا و دارو |  |



شماره : ............................ تاریخ : ............................

 **درخواست جانشین مسئول فنی**

**مدیر عامل محترم جناب آقای/سرکار خانم ...........................**

با سلام و احترام

اینجانب .................................... مسئول فنی شرکت ............................... درخواست مرخصی از تاریخ .......................... الی ......................... را داشته و آقای/ خانم .................. را بعنوان جانشين معرفی می نمایم.

 نام و نام خانوادگی و امضاء مسئول فنی

|  |
| --- |
|  |

**معاونت غذا و دارو اصفهان/ مدیر محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان ........................................**

با سلام و احترام

 بدینوسیله با مرخصی مسئول فنی و جانشيني خانم/ آقای ..................................موافقت می نمایم .

نام و نام خانوادگی و امضاء مدیر عامل نام و نام خانوادگی و امضاء جانشين

مسئول فنی محترم جناب آقای/ خانم ..................................................................................... بدینوسیله با مرخصی جنابعالی و جانشينی آقای/ خانم ....................................................... موافقت می گردد.

 نام و نام خانوادگی و امضاء مدیر عامل

**معاونت غذا و دارو اصفهان/ مدیر محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان ........................................**

اينجانب ........................... نام پدر ......................... کد ملي ....................................شماره شناسنامه.......................فارغ التحصيل رشته ...................................... از دانشگاه ............................... تلفن تماس .................................. آدرس محل سکونت ..................................................................................................................................................................

موافقت خود را به عنوان جانشيني در واحد ........................................................................... به مدت ...................................................... اعلام مي دارم.

 نام و نام خانوادگی و امضاء جانشين

**نتيجه ارزيابي کارشناس و مدیر نظارت بر فرآورده های غذایی و آشامیدنی:**

با توجه به بررسي هاي انجام شده خانم / آقاي ............. به عنوان جانشين براي واحد ..................... جهت ساعات ......................... به مدت ......................... بلامانع است.

نام و نام خانوادگی و امضاء کارشناس نام و نام خانوادگی و امضاء مدیر نظارت بر امور فراورده های غذایی،

 آشامیدنی، آرایشی و بهداشتی