

بسمه تعالی

ریاست محترم آموزش و پژوهش بهداشت و درمان صنعت نفت تهران

با سلام و احترام،

نظر به اینکه اینجانب (نام)..... (نام خانوادگی)..... به
شماره کارمندی..... رتبه سازمانی..... مدرک..... دوره
آموزشی تحت عنوان..... را در
تاریخ..... لغایت..... گذرانده ام .

خواهشمند است دستور فرمائید هزینه دوره فوق برابر مصوبه تدوین
مقررات سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت به اینجانب پرداخت گردد .

تأیید رئیس آموزش و پژوهش

امضاء متقاضی