



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی کاشان

تاریخ:
شماره:
پیوست:

بسمه تعالی

فرم جابه جایی اموال

در تاریخ اجناس ذیل با مشخصات مذکور که در تحویل آقای / خانم از پرسنل واحد بوده است به آقا / خانم نیروی واحد تحویل داده شد.

ردیف	نوع جنس	شماره پلاک	تحویل گیرنده	محل خدمت	تحویل دهنده	محل خدمت	ملاحظات
۱							
۲							
۳							
۴							
۵							
۶							
۷							
۸							
۹							
۱۰							

امضا تحویل گیرنده

امضا تحویل دهنده

امضا مسئول واحد تحویل گیرنده

امضا مسئول واحد تحویل دهنده

امضا امین اموال واحد تحویل گیرنده

امضا امین اموال واحد تحویل دهنده