**معاونت محترم غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکي گناباد**

با سلام و احترام

اينجانب ........................................فرزند.....................دارنده شناسنامه به شماره ........................ صادره از ............................ و کد ملي ................................................ داراي مدرك تحصيلي ........................ در رشته .................................................. مسئول فني مؤسسه ...................................... بدينوسيله استعفاي خود رااز مسئوليت فني مؤسسه مذكور از تاريخ ....................... اعلام نموده و به استحضار مي رسانم تا تعيين جانشين كه حداكثر به مدت يك ماه از تاريخ ثبت استعفاي اينجانب در دبيرخانه آن معاونت محترم مي باشد كماكان عهده دار مسئوليت فني مؤسسه خواهم بود.

 **نام و نام خانوادگي مسئول فني**

 **امضاء**

 **تاريخ**

|  |
| --- |
|  |

اينجانب .................................. مدير عامل / مؤسس شركت / كارخانه ....................................................ضمن اعلام
موافقت با استعفاي نامبرده متعهد مي گردم كليه حقوق و مزاياي وي را پرداخت نموده و حداكثر تا قبل از تاريخ ................................................... نسبت به معرفي مسئول فني واجد شرايط اقدام نمايم.

 **نام و نام خانوادگي مدير مؤسسه**

 **مهرو امضاء**