

HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

PERMISO DE SALIDA

NOMBRE:

NOMBRE:

FECHA:

FECHA:

HORA DE SALIDA:

HORA DE SALIDA HORA DE REG.

HORA DE REGRESO:

MOTIVO DE SALIDA

MOTIVO DE SALIDA:

.....

.....
Vto. Bno. Jefe/Enferm.

.....
Vto. Bno. Adminis

Hospital de niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde
Departamento de Administración

Permiso de salida de vehículos

Fecha:

Departamento que solicita:

Por medio de la presente, solicito a usted, se sirva autorizar la salida del vehículo

.....

Gestiones a realizar:

1.-

2.-

3.-

Lugar: Hora:

Atentamente,

Vto. Bno.

.....

.....

IMPRESA JTA. BENEF. DE GUIL.