**上海健康医学院附属卫生学校用车申请单**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请部门 |  | | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 用车时间 |  | | 用车人数 |  | 车型 | □小车 □大型车 |
| 用车事由 |  | | | | 经费编号 | □总务□学生□其他 |
| 用车区间：  部门负责人签字： | | | | | | |
| 学生科意见 | |  | | | | |
| 总务科意见 | |  | | | | |

* 联系人：翁鸣一，联系电话：18916731293。
* 请提前三个工作日填写完毕将本申请单送至5号楼（行政楼）108室。
* 备注：特殊情况用车需分管校领导签字。