**上海健康医学院附属卫生学校就餐需求申请单**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请部门 |  | | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 就餐时间 |  | | 就餐标准 | 元/位 | 送餐份数 |  |
| 就餐地点 |  | | 就餐事由 |  | | |
| 签收人 |  | | | | | |
| 特殊要求（清真等）： | | | | | | |
| 总务科意见 | |  | | | | |

* 联系人：孔生捷，联系电话：13501728484。
* 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。