滨州医学院附属医院印章使用申请表

NO﹒ 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 用印事由 |  |
| 用印单位 |  | 承 办 人 |  |
| 用印类型 |  | 用印数量 |  |
| 用印单位负责人意见 |  （签字）年 月 日 |
| 办公室主任审批 |  年 月 日 |
| 分管领导审批 |  年 月 日 |
| 主要领导审批 |  年 月 日 |
| 监 印 人 |  | 备 注 |  |

注：①请在用印事由内详细填写申请用印文件资料的名称、用途。

②用印单位包括医院各职能部门和临床、医技科室等。

③用印类型包括各类院级印章、院领导签字名章等。