附表4：

新乡医学院三全学院搬运申请单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申请部门** |  | **申请时间** |  |
| **申请人** |  | **联系方式** |  |
| **申请原因** |  |
| **搬运物品** |  |
| **搬运地点** |  |
| **部门负责人****意见** | 签字盖章: 年 月 日 |
| **资产管理部****意见** | 签字盖章: 年 月 日 |