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 | | |