新乡医学院三全学院教职工机动车辆

开锁申请单

申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 工 号 |  | |
| 所在部门 |  | 车 牌 号 |  | |
| 被锁地点 |  | 被锁日期 |  | |
| 部门领导意见 | 签字 | | |
| 党委保卫部意见 | 签字 | | |
| 注：  1.所在部门填写所在部门全称。  2.学校部门领导意见加盖部门公章。 | | | |

新乡医学院三全学院党委保卫部制