**山西医科大学第二医院用印申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请****部门** |  | **申请人** |  | **申请****时间** |  | **件数** |  |
| **用印内容（简要说明必要时可添加附件）** |  |
| **处（室）科负责人意见** |  | **支部书记****意见** |  |
| **主管部门意见** |  |
| **主管院领导意见** |  |
| **分管院领导意见** |  |
| **院长****意见** |  |
| **书记****意见** |  |
| **备注** |  |

**党院办公室制**