# 校内机动车通行证登记表

单位： 基础医学院

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 车主 |  | 牌照号 |  | 车辆类型 |  | 驾驶员姓名 |  |
| 厂牌型号 |  | 校内停车点 |  | 办公场所 |  | 电话 |  |
| 学院（部门）意见 |  签名（盖章）：　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 校意见 | 签名：　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 备注 |  |