# 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 |  | | | | | | | | | | | | | |