**基础医学院印章使用申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请系室 / 职能部门 |  | | | | |
| 申请人姓名 |  | 申请日期 |  | | |
| 用章事由 |  | | | | |
| 用章材料名称 |  | | 份数 | |  |
| 申请用章种类（勾选） | □学院印章 □学院党委印章 □院长签名章 | | | | |
| 系室 / 职能部门  负责人签字 |  | 分管院领导签字 | |  | |