济宁医学院授权委托书申请表

编号：〔 （年）〕 号

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 | 姓 名 |  | 经办人 | 姓 名 |  |
| 职 务 |  | 电 话 |  |
| 申请授权事项  （依据、事由、  权限、期限等） | |  | | | |
| 主管部门（单位）  意见 | | 负责人： （单位公章）  时 间： 年 月 日 | | | |
| 分管校领导意见 | | 签 名：  时 间： 年 月 日 | | | |
| 院 长 意 见 | | 签 名：  时 间： 年 月 日 | | | |
| 备 注 | |  | | | |