**临床技能教学中心物品借用、场地使用申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请使用地点 |  |
| 申请借用物品 |  |
| 使用主要事由  |  |
| 使用具体时间 |  月 日 时 分 至 月 日 时 分 |
| 联系人信息 | 姓名： 电话： |
| 单位领导意见 | 单位盖章 年 月 日  |
| 临床技能教学中心审批意见 |   签 字： 年 月 日 |

 临床技能教学中心办公室留底

…………………………………………………………………………………………………………………

**临床技能教学中心物品借用、场地使用申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请使用地点 |  |
| 申请借用物品 |  |
| 使用主要事由  |  |
| 使用具体时间 |  月 日 时 分 至 月 日 时 分 |
| 联系人信息 | 姓名： 电话： |
| 单位领导意见 | 单位盖章 年 月 日  |
| 临床技能教学中心审批意见 |   签 字： 年 月 日 |