基础医学院院领导接待日来访登记表

时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 电话 |  |
| 所在单位  （专业、班级） |  | | | | | |
| 来访事项 |  | | | | | |
| 接访人姓名 |  | | | 职务 |  | |
| 处理意见 |  | | | | | |
| 处理结果 |  | | | | | |

说明：1.本表填写后，请将电子版于接待日前三天发送至学院OA或

邮箱：jc65922863@126.com；

　　　2.若有需要提交的附件，请连同登记表一起发送；

　　　3.咨询电话：0871-65922863。