新乡医学院党政领导干部外出报备单

**单位（部门）：**（盖章）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **职 务** |  |
| **外出地点** |  | **外出期间**  **联系方式** |  |
| **外 出 时 间** | **离开时间** | **年 月 日(上午/下午/晚上)** | |
| **返回时间** | **年 月 日(上午/下午/晚上)** | |
| **外出事由** |  | | |
| **外出期间代理履行工作职责人员姓名、职务及联系方式** |  | | |
| **部门负责人**  **签字** |  | | |
| **分管（联系）校领导签字** |  | | |
| **备注** |  | | |

**填表人： 年 月 日**