**徐州医科大学借用档案审批表**

**（因公）**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 借档人 |  | 联系电话 |  |
| 借用档案名称 |  |
| 用 途 |  |
| 借用单位负责人签字 | 年 月 日 | 分管校领导意见 | 年 月 日 |
| 档案馆负责人签字 | 年 月 日 | 分管档案馆校领导意见 | 年 月 日 |
| 借用日期 |  | 归还日期 |  |
| 经办人 |  | 备 注 |  |

注：借用档案时间不得超过一周