**馬偕醫學院章戳印鑑請(製、換)發、繳銷申請表**

申請日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申請單位** |  | **使用期限** | 自民國 年 月 日起至民國 年 月 日止 |
| **章戳印鑑****名 稱** |  | **請發事由** |  |
| **項 目** | □新製發 □更換重製 □遺失補製 □繳銷 □毀損□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **原章戳印鑑印模****(參考章戳印鑑模式)** | **新章戳印鑑印模****(或截角後印鑑印模)** |
|  |  |
| **承辦單位** | **單位主管** | **校長****或授權代理人** |
|  |  |  |
| 章戳印建製(換)發或銷毀後填寫 |
| **文書組** | **總務長** | **承辦單位簽收** |
| □啟用 □銷毀日期： 年 月 日 |  |  |

備註：

1. 章戳印鑑保管人應妥善保管，如因職務異動或離職時，其所保管之印鑑必須列入移交清冊，辦妥移交手續，將所保管之章戳移交指定之接管人。
2. 章戳印鑑之繳銷應由保管人填具「馬偕醫學院章戳印鑑請（製、換）發申請表」，經單位主管核准繳銷後，連同預繳銷之章戳，送交文書組及將原章戳截角，拓印於「馬偕醫學院章戳印鑑請（製、換）發申請表」，辦理統一銷毀。