**馬偕醫學院鎖匙申請單**

**申請日期： 　年　 月　 日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申請及管理單位** | | | | | |
| **申請單位** |  | **申請人** |  | **聯絡電話** |  |
| **申請原由** | □新進人員  □空間配發  □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **空間編號/名稱** |  | **鎖匙編號/數量** | 1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **申請人簽章** |  | | **單位主管簽章** |  | |
| **管理單位** | □同意  □不同意，＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ | | | | |
| **管理單位簽章** |  | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **承辦單位** | | | |
| **保管組** |  | **總務長** |  |
| **領簽** |  | **備註** |  |

※會簽單位若不同意配發鎖匙，免會總務處。

※職務調動或離職時，請先與空間管理單位協商鎖匙是否繳回總務處。