附件

济宁医学院校史馆参观预约申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 |  | | |
| 参观具体时间 |  | | |
| 参观原由 |  | | |
| 参观人数 |  | 参观主体 （教师/学生） |  |
| 是否有校领导 |  | 校领导姓名 |  |
| 是否有校外嘉宾 |  | 嘉宾单位、姓名 |  |
| 负责人 |  | 联系电话 |  |
| 是否需要讲解 |  | 是否播放校庆宣传视频 |  |
| 申请单位  审核意见 | 签名（盖章）：  年 月 日 | | |
| 宣传部审批意见 | 签名（盖章）：  年 月 日 | | |
| 备 注 | 1.申请表需提前3个工作日递交至宣传部，并告知相关事宜。  2.周一至周四上午8:30-11:30，下午2:30-5:30；周五闭馆清洁。法定节假日、寒暑假原则上闭馆。  3.每场次参观人数一般不超过50人。  4.馆内禁止一切不文明行为，进馆后请自觉服从工作人员引导。 | | |