**《中国药科大学会议保障（多媒体设备）申请单》**

**申请单位：（盖章）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **联系人** |  | **联系电话** |  |
| **申请单位主管领导签字** |  |
| **会议/活动名称** |  |
| **会议室** |  | **会议/活动时间** |  |
| **调试时间** |  | **申请时间** |  |
| **以下部分由图书与信息中心填写：** |
| **审批意见** | **□同意 □不同意** |
| **审批人** |  |
| **审批时间** |  |

**以下信息请申请单位留存，请务必提前与相关工作人员联系。**

**多媒体设备保障申请：**

**李静、陈斌：86185456**

**网络保障申请联系人：**

**申继年：86185450**