新乡医学院贵重仪器设备处置申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位（公章）： |  日期： |
| 设备名称 |  |
| 规格型号 |  | 国 别 |  |
| 设备原值 |  | 购置日期 |  |
| 存放地点 |  | 资产编号 |  |
| 申请原因 |  |
| 负责人（签字）： |
| 组织论证意见 |  |
| 论证人员（签字）： |
| 申请单位意见 |  |
| 单位负责人：  |
| 设备管理单位意见 |  |
|  单位负责人：  |