商丘学院教职工返校审批表

（疫情防控期间专用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 部 门 |  |
| 返校日期 | 月 日 | 联系方式 |  |
| 返校出发地 | （需详细到社区） | | |
| 行程码  是否带星 |  | 健康码颜色 |  |
| 需要说明  的情况 | （个人具体情况及已落实的管控措施完成情况）  本人承诺以上信息真实。  本人签字：  年 月 日 | | |
| 部门领导  意见 | 签字：  年 月 日 | | |
| 校疫情防控  工作指挥部 意见 | 签字：  年 月 日 | | |
| 校领导意见 | 签字：  年 月 日 | | |

备注：需附至少三次核酸阴性证明、结束管控有关证明及其他证明材料等。