附件1

|  |
| --- |
| 新乡医学院三全学院信访登记表 |
| 信访人 |  | 工作单位及职务 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 邮编 |  | 通讯地址 | 　 |
| 受理人 |  | 信访形式 | 　 | 来访日期 | 　 |
| 反映的主要问题及事实陈述（如事实较长，可另附页） |  签字： 年 月 日 |
| 初步处理意见 |  签字： 年 月 日 |
| 承办单位意见 |  签字： 年 月 日 |
| 处理 结果 |  签字： 年 月 日 |
| 领导批示意见 |  签字： 年 月 日 |
| 是否答复信访人及答复日期 | 　  签字： 年 月 日 |