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 | | | | |