**山西医科大学二级单位资产管理员登记表**

单 位：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 职 务 |  | | 职 称 |  | |
| 学 历 |  | | 办公地点 |  | |
| 办公电话 |  | | 移动电话 |  | |
| E-Mail |  | | | | |
| QQ |  | | | | |
| 微信号 |  | | | | |
| 单位意见：  部门负责人签字（部门公章）：  部门资产管理分管领导：  本人签字：  年 月 日 | | | | | |