巢湖学院教职工返校审批表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 联系方式 |  |
| 何时从何地出发，乘坐何种  交通工具 |  | | |
| 中途转车情况 |  | | |
| 时间车次（航班）及车厢 |  |  |  |
| 同行人员姓名 |  |  |  |
| 返回后居所地址 |  | | |
| 发热、咳嗽、呼吸道感染等症状 |  | | |
| 居家观察  包保责任人 |  | | |
| 单位意见 | 主要负责人签名： 单位盖章  年 月 日 | | |
| 领导组意见 | 同意返校，按规定居家观察14天。  领导签名：  年 月 日 | | |