**长春医学高等专科学校工作餐申请单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **用餐部门** |  | | **用餐时间** | | | | | **月 日 点 分** | | | |
| **餐标** | 见备注 | **人数** | **人** | | | **总 额** | | **元** | | | |
| **用餐形式** | **( )教工食堂一楼自助餐 ( )教工食堂二楼桌餐 ( )盒饭**  **请在所选用餐形式前（ ）内打“√”** | | | | | | | | | | |
| **部门联系人** |  | | **联系人电话** | | | | |  | | | |
| **事由** |  | | | | | | | | | | |
| **人 员** | **自助餐名单：** | | | **桌餐名单：**  校外用餐（ 人）：  校内陪餐（ 人）： | | | | | **盒饭名单：** | | |
| **部 门**  **意 见** | 负责人签字： 部门盖章： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| **学校办公室**  **意 见** | 部门盖章： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| **备 注** | 1.按照《长春医学高等专科学校国内公务接待管理办法(试行)》(长医高专校字〔2018〕  36号)文件规定和我校实际情况，①原则上餐标如下：自助早餐3元/人、自助午餐12元/人、桌餐不超过50元/人、盒饭12元/盒；②如需桌餐，接待对象在10人以内的，陪餐人数不得超过3人；超过10人的，不得超过接待对象人数的三分之一。  2.本表至少需提前一天送至学校办公室，经办公室主任签字盖章同意后，由用餐部门自行联系教工食堂，联系人：杜海鹏 17743002829。 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **食堂留存联**  杜海鹏  17743002829 | **用餐部门** |  | | | **用 餐 时 间** | | | | | **月 日 点 分** | |
| **餐 标** | **元/人** | | | **人 数** | | **人** | | | **总 额** | **元** |
| **部门联系人** |  | | | **联系人电话** | |  | | | | |
| **用餐形式** | **( )教工食堂一楼自助餐 ( )教工食堂二楼桌餐**  **( )盒饭 请在所选用餐形式前（ ）内打“√”** | | | | | | | | | |

学校办公室制表