江西理工大学外地就医审批单

现所在部门或单位： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 现职称或职务 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 疾病诊断名称 | |  | | | | | |
| 本人要求转外地  医院名称 | |  | | | | | |
| 赣州市人民医院  或赣南医学院第一附属医院转院证明 | |  | | | | | |
| 转院理由及  本人要求 | |  | | | | | |
| 校医院意见 | |  | | | | | |
| 学校领导批示 | |  | | | | | |
| 备注： | | | | | | | |