

附件 1

**贵州医科大学机动车辆信息登记表**  
**(教职医护员工)**

姓 名		性 别	
所在部门		教工编号	
联系电话		身份证号	
车牌号码			
车主姓名		申请人与 车主关系	
所在单位			
审核意见	部门盖章	审核人签字:	
人 事 处			
审核意见	部门盖章	审核人签字:	
保 卫 处			
审核意见	部门盖章	审核人签字:	

申请所备材料: (1) 申请人工作证复印件; (2) 申请登记车辆机动车行驶证正副本复印件; (3) 申请人与机动车主关系证明复印件。