北京大学医学部电话业务变更申请表

**申请信息：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机主姓名 |  | 电话号码 |  |
| 办理人证件 |  | 证件号码 |  |
| 联系电话 |  | 手 机 号 |  |
| 变更服务类型 | □电话移机 □电话撤机□国内长途 □国际长途□语音信箱 □话费查询密码 □设置停机保号 □取消停机保号□设置来电显示 □取消来电显示 |

**电话移机填写：**

|  |  |
| --- | --- |
| 电话现地址 |  |
| 移机后地址 |  |
| 预移机时间 |  |
| 请认真阅读，同意后签名确认：1. 移机费用100元/次，信息通讯中心在业务受理后三个工作日内办理完毕；
2. 电话撤机后，电话号码将由学校收回；
3. 停机保号期间，收取5元/月停机保号费
4. 来电显示功能费5元/月。

申请人签名： 代办人签名：日 期： 日 期： |
| （院、处）主管领导签字： （公章） 日期： 年 月 日 |