北京大学医学部视频会议服务预约单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 申请单位 |  | | |
| 对方单位 |  | | |
| 会议地点 |  | | |
| 会议时间 |  | | |
| 会议名称 |  | | |
| 会议内容 |  | | |
| 请阅读并确认以下服务协议后签名表示同意：  1、遵守中华人民共和国互联网相关法律法规和北京大学医学部网络与信息管理规定；不利用网络危害国家安全、泄露国家秘密、侵犯他人合法权益及从事违法犯罪活动；  2、申请人提供详尽及准确的申请信息资料；  3、及时缴纳视频会议的相关费用； | | | |
| 负责人签字：    日期： 年 月 日 | | （院、处）主管领导签字：  （公章）  日期： 年 月 日 | |
| **以下由信息通讯中心填写** | | | |
| 信息通讯中心审核意见：  主管负责人签字：  日期： 年 月 日 | | | |