**上海健康医学院新闻媒体发布申请审批表**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位/申请人 |      |
| 申请人/联系人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 所在部门/学院 |  | 职务 |  |
| **拟新闻媒体发布有关情况** |
| 发布事项 |  |
| 主要内容 |  |
| 目的意义 |  |
| 新闻通稿 | （请附件） |
| 相关素材 | （请附件） |
| 发布形式 |  |
| 发布媒体 |  |
| 发布时间 |  |
| 涉及部门/学院 |  |
| 采访对象或发言人 | 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 所在部门/学院 |  | 职务/职称 |  |
| 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 所在部门/学院 |  | 职务/职称 |  |
| **审查意见** |
| 所属部门/学院审批意见（含保密审核意见） | 负责人签字：                盖章：       年      月      日 |
| 学校保密工作委员会审批意见 | 负责人签字：                盖章：       年      月      日 |
| 党委宣传部审批意见 | 负责人签字：                盖章：       年      月      日 |
| 分管校领导审批意见 | 签字：                年      月      日 |

说明：本表一式两份，申请单位、党委宣传部各存一份。