参访申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位 |  |
| 来访时间 | 20 年 月 日（星期 ） 时 |
| 来访目的： |
| 来访人员名单（如空格不够，可另附纸填写） |
| 序号 | 姓名 | 职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 安排停车位：🞏 是🞏 否 | 如需安排停车，车牌号：1. 2.  |
| 联系人： | 联系方式： |
| 单位（盖章）20 年 月 日 |

如无特殊要求，一般安排在珠江新城院区参观，地址为广州市天河区金穗路9号

停车指引：行至华强路，从医院北面三号门进入，停放右边停车场