滨州医学院电子邮件申请表

**存 根**（申请人填写）

申请部门： 编号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | 一卡通卡号 |  |
| 邮件账户名称 |  |
| 账户用途 |  |
| 部门意见 |  签字： |

 年 月 日

…………………………………………………………………………

 **回 执**（网络中心填写）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 联系电话 |  |
| 邮件账户名称 |  |
| 账户口令 |  |
| 主管部门意见 |  签字： |

 年 月 日

**注**：账户名必须是以字母开头，5到31位，只能包括字母、数字或下划线。账户口令必须是大于六位的数字或字母组合（包括六位）。