**附件1 通化师范学院2017届毕业生档案EMS邮寄申请表**

**学生所在学院名称： （加盖公章）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 请 人 姓 名 |  | 性别 |  | 班级 | 级 班 |
| 专 业 |  | 学制 |  | 学号 |  |
| 身 份 证 号 |  |
| 生源所在地 |  |
| 报到证派遣单位 |  |
| 收件人单位名称 |   |
| 收件人单位地址 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 区\_\_\_\_\_\_\_\_县\_\_\_\_\_\_\_\_镇\_\_\_\_\_\_\_\_街\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_路\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_号  |
| 收件人姓名 |  |
| 收件人电话 |  |
| 邮政编码 |  |
| 申请人意见 | 申请人知晓并接受EMS邮寄可能带来的丢失后果以及丢失后邮政公司所提供的赔偿规定范围内的赔偿，保证在在2017年7月底到档案接收部门查询档案是否转寄到位，郑重承诺提供的上述各项信息真实准确有效，如果因档案接收单位与报到证派遣单位不符、信息填写不准确或未填写等原因造成档案邮寄不出或已寄出却接收单位无人签收而退回学校等情况，本人愿意承担于下学期开学后亲自到学校办理档案自带的后果。申请人或代理人手写签名：申请人有效联系电话： 年 月 日 |
| 学院意见 | 辅导员签字： 年 月 日 |

注：1、EMS邮寄信息只能查询四个月内的记录，学生必须在寄出四个月内查询档案是否转寄到位。

2、此表不能有空项，必须如实填写，否则将无法邮寄。 学生工作处制表