附件1

郑州卫生健康职业学院数据使用申请表

申请部门： 申请时间：

申请内容：

用 途：

负 责 人： 联系电话：

经 办 人： 联系电话：

申请部门：

承诺：1.遵守学院的相关规定，不损害用户的隐私权等权益。

2.不会将所申请使用的数据用于申请授权范围以外用途。

3.对获取的数据保密,不随意向第三方提供相关数据。

4.不泄露用户名、密码、授权等信息。

负责人签字： 公章：

年 月 日

数据产生：

部门意见：

负责人签字： 公章：

年 月 日

信息化建设及网络安全小组意见：

负责人签字： 公章：

年 月 日