**安徽医科大学校园一卡通对接申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 |  | 申请人姓名 |  |
| 联系电话 |  | 联系邮箱 |  |
| 对接公司名称 |  | | |
| 业务系统名称 |  | | |
| 对接方式 | □刷卡扣费对接 □数据共享对接 □其他 | | |
| 申请一卡通对接需求说明 | （请说明与一卡通对接需要达成哪些目标、需要哪些帮助，详情可附表） | | |
| 实施工程师姓名 |  | 工程师联系电话 |  |
| 遵守国家个人信息安全规范，防止数据泄露，做好数据管理和访问权限控制。  申 请 人 签 字 ： | | | |
| 申请单位负责人审批 | （盖章）  签字：  日期： | | |
| 网信处负责人审批 | 签字：  日期： | | |
| 申请须知 | 1. 1. 按照申请需求所写内容使用所获取的数据，不能用于他处。 2. 2. 本表一式两份，一份网信处备档，一份申请单位保存。 3. 3. 申请通过后，签订校园一卡通数据安全保密协议。   **所需数据仅供申请系统使用，严禁他用。** | | |