**科研采购系统密码重置申请**

申请人所在单位（盖章）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 单位负责人签字 |  | 确认意见 | 确认\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_为我单位职工。 |

重置后的新密码，通过手机短信方式告知。

时间： 年 月 日