附件1

**上海健康医学院**

**人事争议调解申请书**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人 | | 被申请人 | |
| 姓名 |  | 名称 |  |
| 性别 |  | 负责人 |  |
| 年龄 |  | 职务 |  |
| 职务（岗位） |  | 联系方式 |  |
| 联系方式 |  |  |  |
| 委托代理人 |  |  |  |
| 联系方式 |  |  |  |
| 请求事项 | | | |
| 事由与理由:  因以上争议，向贵委申请调解。  申请人签名或盖章  日期： 年 月 日 | | | |