附件1：

**浙江省 疫情应急物资运输保障联系单**

**2020年 月 日**

|  |  |
| --- | --- |
| **需求发起单位（盖章）** |  |
| **单位联系人（电话）** |  |
| **调用需求协调接收单位** |  |
| **托运企业名称** |  |
| **联系人（电话）** |  |
| **运输物资内容（货物名称、重量、件数，危货，请特别注明）** |  |
| **运输起止地（县）** | 省 至 省 |
| **计划运输时间** | 2020年 月 日 时—2020年 月 日 |
| **运输通行信息（如掌握信息尽量填写）** | |
| **入口收费站** | 省 |
| **通行线路及途经省份** |  |
| **出口收费站** | 省 |
| **市新型冠状病毒感染的肺炎疫情防控工作领导小组保障组下设小组对应的组长审核** |  |

备注：县级单位申请，由各县（市、区）交通运输局局长签字审核。