上海健康医学院

纵向计划项目结余经费预算申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目负责人 |  | | 项目名称 | |  | | | |
| 项目编号 |  | 财务编号 |  | | 联系  电话 | |  | |
| 经费来源 |  | | 是否完成结题验收 | | | ■是 □否 | | |
| 项目总经费 | （万元） | | 项目结余经费 | （万元） | | 经费使用率（%） | |  |
| 经核实此项目已经通过上级主管部门验收。 | | | | | | | | |
| 结余经费  预算申请 | 预研课题名称： | | | | | | | |
| 1. 研究开发费： 万元 2. 劳务费（不得用于有工资性收入人员）： 万元   3、专家咨询费： 万元 | | | | | | | |
| 所在部门  意见 | ■同意 □不同意  部门公章：  负责人签字：  日期： 年 月 日 | | | | | | | |
| 科技处意见 | □同意 □不同意  部门公章：  负责人签字：  日期： 年 月 日 | | | | | | | |