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  |