滨州医学院收入预算绩效考核奖励经费预算申请表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申报人 | 申报人（部门或个人） | 　 |
| 奖励经费名称 | 　 |
| 奖励经费种类 | □绩效奖补资金奖励经费；□竞争性财政拨款奖励经费；□学校服务收入奖励经费；□捐赠收入奖励经费 |
|
| 收入情况简介 | （收入实施情况，收入金额，分配比例等） |
|
| 奖励经费申请金额(元) | 　 |
| 部门意见： |
|  负责人签字： （部门盖章） |
|  年 月 日 |
| 有关职能部门意见 | 　 |
|  签字： |
|  年 月 日 |
| 计划财务处意见 | 　 |
|  签字： |
|  年 月 日 |
| 分管（联系）校领导意见 |  |
|  签字： |
|  年 月 日 |
| 总会计师意见 |  签字：年 月 日 |
| 校长意见 |   |
| 　 |
|  签字： |
|  年 月 日 |