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 | |