附件：1

**科研经费/药物验证费支付院内检查费等项目申请单**

项目编号（记账号）： 日期：201 年 月 日

课题负责人签名： 证明人签名： 经办人签名：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目收费编码 | 项 目 名 称 | 单价（元） | 人数 | 小计（元） |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
|  | 合计 | | |  |  |

说明：

1.科研经费记账单三个月内有效，如超期未使用，请将剩余单交回会计科更换续期。（每份申请可续期一次）

2.检查费用按科研经费中检测化验加工指标使用，药品占试剂材料指标使用。

3.上表可根据实际使用在合计前增减“行”，不要有空白行。

附件：2

**经 费 记 账 单**

顺序号：00001

项目编号： 日期：201 年 月 日

证明人签名： 经办人签名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目收费编码 | 项目名称 | 单 价（元） |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
|  | 合计 | |  |

第

一

联

收

费

处

说明：

1、本记账通知单一式两联，**有效期至：201 年 月 日（日期涂改无效）**！

2、顺序号：为课题组自编，自00001开始顺序编号，两联一致。

…………………………………………………………………………………………………

**经 费 记 账 单**

顺序号：00001

项目编号： 日期：201 年 月 日

使用人姓名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目收费编码 | 项目名称 | 单 价（元） |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
|  | 合计 | |  |

第

二

联

使

用

人

说明：

1. 凭此单及电子处方或检查单到“体检中心收费处”办理费用记账。
2. 本单项目内容需与收费处存根联匹配方可记账。

**3、此单有效期至：201 年 月 日（此日期由医生填写，不能超过第一联日期）。**