**四川卫生康复职业学院科研项目专家咨询费发放审批表**

|  |
| --- |
| 项目名称：项目来源：项目编号：项目负责人联系方式：专家咨询内容及专家回复情况概述： |
| **姓名** | **职称/职务** | **工作内容** | **咨询费（元）** | **账号** | **开户行** | **联系电话** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **预算科目** | 从 经费中支出;拟列“双高”项目 。 | **“双高”项目经费审批表OA流水号** |  |
| **项目负责人签署意见** |  | **部门负责人签署意见** |  |
| **科研处负责人签署意见** |  |  **分管业务领导****签署意见** |  |
| **财务核准** |  | **分管财务领导****签署意见** |  |
| **财务处审核意见** |  | **主要领导****审批意见** |  |