附表2

**安徽省胸科医院横向课题研绩效费提取申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | 所在科室 |  | |
| 项目负责人 |  | 项目编号 |  | 总经费 |  |
| 项目组成员 |  | | 到账经费 |  | |
| 横向课题前期研究绩效费提取申请 | 申请提取横向课题前期研究绩效费用 %（不超过单次到账经费的30%），计人民币 元，大写 元，具体分配如下： | | | | |
| 姓名 | | 工号 | 金额（元） | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
|  | |  |  | |
| 项目负责人签字： 年 月 日 | | | | |
| 所在科室  审核 | 审核意见：  科主任签字： 公章： 年 月 日 | | | | |
| 科研科意见 | 审核意见：  科研科签字： 公章： 年 月 日 | | | | |
| 财务科审核 | 审核意见：  财务科签字： 公章： 年 月 日 | | | | |
| 总会计师审核 | 审核意见：  总会计师签字： 公章： 年 月 日 | | | | |
| 分管院领导审批 | 审核意见：  分管院领导签字： 公章： 年 月 日 | | | | |
| 主要领导  审批 | 审核意见：  主要领导签字： 公章： 年 月 日 | | | | |