附件4

滨州医学院交通费（滨州往返烟台）补贴领用单

部门名称：外国语与国际交流学院 领用时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 时间 | 去往校区 | 事由 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合计：共计 人次，金额 元（大写）  |

备注：学校补贴滨州－烟台交通费按每次150元计算。

校领导： 部门负责人： 经手人：