附件3

滨州医学院差旅费审批单

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 出  差  人  员  填  写 | 出差事由： | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 职务或职称 | | 工作部门 | 备注 |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
| 出差人员共 人 | | | | | |
| 出差地点  □省内（ 市 县）  □省外（ 市） | | | 是否申请乘坐飞机  □是  □否 | | |
| 出差起讫时间  2019 年 月 日至  2019 年 月 日  共 天 | | | 出差任务  □公务性出差 □培训  □参加会议 □其他（请注明） | | |
| 使用经费  □教育经费  □科研经费 | | | 填表人签名：  年 月 日 | | |
| 单位(项目)负责人填写 | 是否同意出差 □是 □否 | | | 是否同意乘坐飞机 □是 □否 | | |
| （签名） 年 月 日 | | | | | |
| (分管、联系)校领导填写 | 是否同意出差 □是 □否 | | | | 是否同意乘坐飞机 □是 □否 | |
| （签名） 年 月 日 | | | | | |

备注：请妥善保管此单，出差结束后与发生的票据一起交财务处作为报销凭证。