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。