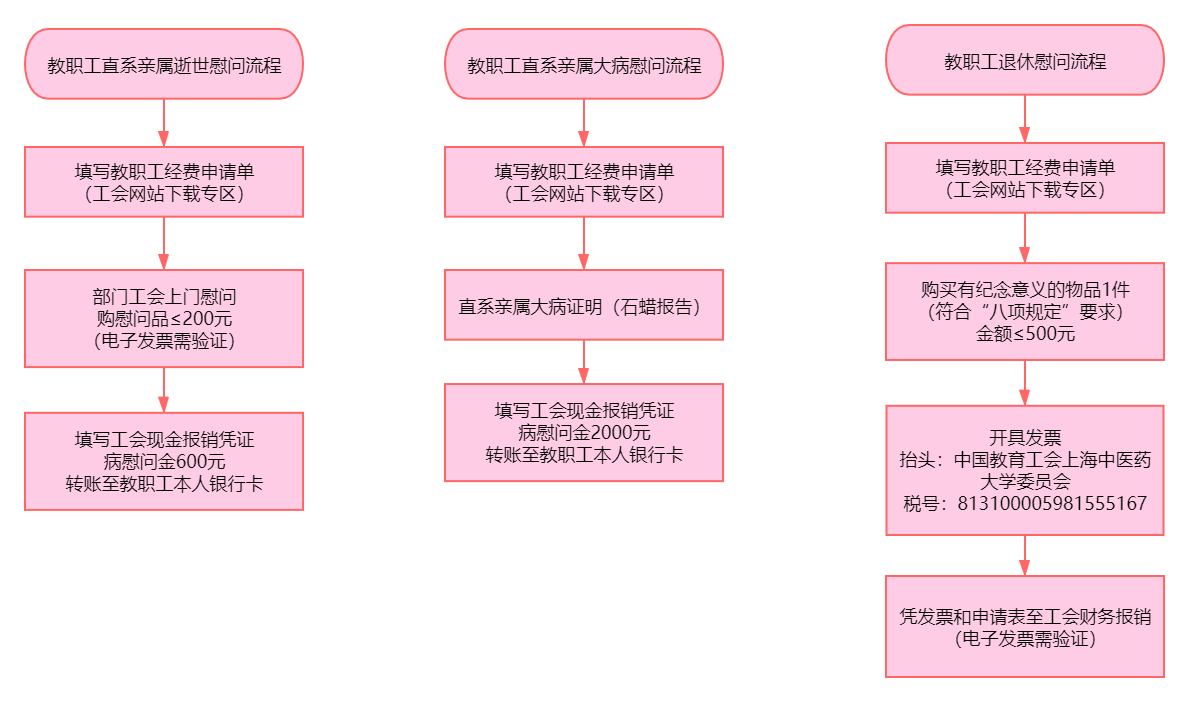
****

**上海中医药大学教职工经费申请单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | \*\*\* | | 工 号 | \*\*\*\* | | 部 门 | | \*\*\*\* |
| 手 机 | \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* | | | | | 会计科目 （工会填写） | |  |
| 银行卡号  （转账填写） | \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* \*\*\*\* | | | | | | | |
| 报 销  事 项 | □ 直系亲属逝世 □ 直系亲属大病 □ 职工大病  □ 住院探望 ☑ 退休 □ 其他 | | | | | | | |
| 事 项 简 述 | 慰问品 500元 | | | | | | | |
| 人民币（大写）伍佰元整 ¥500元 | | | | | | | | |
| 党组织负责人签名：  \*\*\*  \*\*\*\*年\*\*月\*\*日 | | | | | 部门工会主席签名：  \*\*\*  \*\*\*\*年\*\*月\*\*日 | | | |
| 校工会财务审批：  年 月 日 | | 校工会主席审批：  年 月 日 | | | | | 经办人签名：  \*\*\*    \*\*\*\*年\*\*月\*\*日 | |

注：请在报销事项中打 选择。