**西安医学院科研项目结算结账申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 结算结账项目 | 项目负责人 |  | 所在二级单位 |  |
| 项目名称 |  |
| 项目编码 |  | 项目主管单位 |  |
| 项目执行期 |  | 项目结题日期 |  |
| 结余留用期 |  |
| 项目结账日财务结余额（万元） |  |
| 项目负责人确认 | 本人慎重承诺，本项目已通过验收，与委托方无任何法律纠纷，同意结账，并按照相关规定使用结余经费。项目负责人（签字）： 年 月 日 |
| 二 级 单位 意 见 | 单位负责人（签字）： 年 月 日 |
| 科研管理部门意见 | 单位负责人（签字）： 年 月 日 |
| 财务处审核意见 | 单位负责人（签字）： 年 月 日 |

说明：本表一式四份，项目负责人、二级单位、科研处、财务处各留存1份。