滨州医学院部门追加预算申请表

申请部门(盖章):　　年　月　日　　单位:万元

序号	项目名称	原预算指标	实际支出	申请追加预算
合　计				

追加原因及用向	
分管领导意见	分管领导签字: 年　月　日
主管财务领导意见	主管领导签字: 年　月　日

部门负责人:　　填表人: