# 滨州医学院公务租车明细表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 实际乘车人： 人（人数多可附页） | | | |
| 姓 名 | 部门/院（系） | 职务或职称 | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |
| 实际用车时间 | 年 月 日 至 年 月 日,实际 天（小时） | | |
| 公里数 |  | 总费用  （元） |  |
| 申请人签字 |  | 主要负责人签字 |  |
| 备 注 |  | | |