附件5

**泉州医学高等专科学校横向科研项目经费转拨审批表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所在院部 |  | 项目负责人 |  |
| 项目编号 |  | 联系电话 |  |
| 项目名称 |  | | |
| 来款单位 |  | | |
| 项目  起止时间 |  | 项目立项  经费 | 人民币： 万元 |
| 转拨金额 | （大写） 佰 拾 萬 仟 佰 拾 元 角 分 ￥ | | |
| 校外  转拨  信息 | 收款单位名称： | | |
| 银行账号： | | |
| 开户行： | | |
| 转拨理由： | | | |
| 项目负责人：  签字： 日期： | | | |
| 院（部）意见：  签字（盖章）： 日期： | | | |
| 科研管理部门意见：  签字（盖章）： 日期： | | | |
| 校领导意见：  签字： 年 月 日 | | | |

备注：1.若合同中未约定且确需科研协作的，科研协作合同金额5万元及以上须报分管科研副校长审批。2.审批时需附项目批复预算书（或项目合同）、以学校名义签订的科研经费转拨合同、合作单位开具的有效票据和合作单位记载统一社会信用代码复印件。

**泉州医学高等专科学校科研项目非关联方声明**

本项目课题组开展的 （项目名称） 科研业务协作，项目负责人及其家庭成员、课题组成员与科研业务协作单位之间不存在任何经济利益等关系。

特此声明。

声明人（项目负责人）：

所在院部（盖章）：

年 月 日