**附件1：**

**复旦大学理工医科纵向项目（课题）合同签署/经费校外转拨申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **以下内容由项目负责人(或经办人)填写** | | | | | | | | | | |
| 项目名称 |  | | | | | | | | | |
| 项目负责人 |  | | | | 所在院系 | |  | | | |
| 项目类别 |  | | | | 项目编号 | |  | | | |
| 组织形式 |  | | | | 经费代码 | |  | | | |
| 经办人 |  | | | | 联系方式 | |  | | | |
| 经费转拨性质 | □ 四技合同签署 □ 合作费 □ 协作费 | | | | | | | | | |
| 接受经费方信息  (名称、开户行、账号，接收人等) |  | | | | | | | | | |
| 项目负责人承诺 | 本课题组成员是否与该合/协作单位有利益关系 | | | | | | | 是□ 否□ | | |
| 以下内容是否与课题预算书相符： | | | | | | | | | |
| 研究内容 | 是□ 否□ | 单位 | | | 是□ 否□ | | 金额 | | 是□ 否□ |
| 注：合作费转拨若上述任意一项填否，请附项目主管部门批复的变更申请；协作费转拨若上述任意一项填否，请附《协作单位和经费变更说明》及附件材料。 | | | | | | | | | |
| 转拨经费额(大写) |  | | | | | | 小写 | |  | |
| 本次转拨为向该单位的第 次转拨，历史累计已转拨 万元（不含本次）。（签署四技合同不填） | | | | | | | | | | |
| 四技合同签署/  协作费转拨  请填报： | 协作内容（合同）名称 | | |  | | | | | | |
| 本课题测试化验加工费预算余额（万元） | | | | | |  | | | |
| 项目负责人签字： 经办人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| **医学科研处审核盖章** | | | | | | | | | | |
| 综合办公室审核  盖章 | 综合办公室编号：  单位负责人 (签章): 医学科研处（盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 1．项目类别为本项目所属科技计划，例如重点研发计划计划、国家自然科学基金等。组织形式为“负责”或“参与”。请经办人在ehall中申请医科科研用印时附课题预算书（含预算说明）办理。  2．《协作费变更说明》为对协作单位、协作经费变更的理由及测算依据。若为添加或者变更协作单位，请另提供协作单位的资质证明（企业法人营业执照或事业单位法人证书复印件）。  3.“本课题组成员是否与该协作单位有利益关系”是指，项目负责人和参与人员本人及其亲属或有直接利益管理人员与该协作单位是否有利益关系。若有利益关系，请在《协作单位和经费变更说明》说明情况。 | | | | | | | | | | |