

项目预算调整申请表

申请日期： 年 月 日

项目名称		项目编号	
调整理由概述			
调减预算额度	调减金额（元）	调增预算额度	调增金额（元）
调减金额合计（元）		调增金额合计（元）	
经办人签字及联系电话		部门负责人签字	
归口管理部门负责人签字			
归口管理部门分管校领导签字			
校领导签字 （50 万元及以上预算额度调整； 5 万元及以上劳务费/专家咨询费 预算额度调整）			

备注：（1）该申请表的填制严格按照《重庆医科大学预算管理制度》规定执行；
（2）三公经费预算调整或追加提请校长办公会审定。