附件3

滨州医学院驾乘私家车出差审批单

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 出  差  人  员  填  写 | 出差事由 | | | | | |
| 工作部门 | 职务或职称 | 出发地 | 目的地 | 可选乘  交通工具 | 申请补贴金额 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 申请补贴合计 | | | | |  |
| 申请驾乘私家车出差详细说明 | | | | | |
| 2023年 月 日 出发，到  2023年 月 日 返回，到  申请人签字：  年 月 日 | | | | | |
| 单位(项目)负责人 | 审批人签字：  年 月 日 | | | | | |
| (分管、联系)校领导 | 审批人签字：  年 月 日 | | | | | |

备注：1.请妥善保管此单，出差结束后与发生的票据一起交计划财务处作为报销凭证；

2.申请补贴金额不超过申请人按职级可乘坐座最高标准车、船票价；

3.“申请人签字”需所有驾乘人员签字；

4.驾乘人员涉及多个部门的，由出差事项分管校领导审批。