

# 滨州医学院差旅费结算单据封面

部门及姓名：

年 月 日 (单位：元)

出差事由									起止日期	至 年 月 日			共 天	
经费来源							项目财务编号							
日期		出差地点		天数	车船 机票费	订票费	退票费	保险费	住宿费	会务费	交通 补助费	伙食 补助费	小 计	
月	日	起	止											
合 计														
总计金额（大写）														
备注														

附原始凭证

张

校领导：

部门负责人：

项目负责人：

经手人：

财务核算人：