附件3

商洛市中心医院科研劳务费发放登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 课题来源 | |  | | 课题编号 | |  | | |
| 课题名称 | |  | | | | | | |
| **编号** | **姓名** | **身份证号** | **银行卡号** | **工作内容** | **发放标准** | **工作量** | **金额（元）** | **签名** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **科研管理部门审批意见** | | | **签字： （盖章）**  **年 月 日** | | | | | |
| **财务管理部门审批意见** | | | **签字： （盖章） 年 月 日** | | | | | |

特别提示：劳务费指发放给课题组临时聘用无固定工资收入的研究生、本科生研究人员及科研辅助人员。补贴标准每人每月不得超过800元，且支出总额不得超出项目预算。