附件：

皖南医学院科研财务助理备案表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 人员姓名 |  | 联系方式 |  |
| 任职单位 |  | 任职岗位 |  |
| 学历/学位 |  | 职 称 |  |
| 本人承诺 | 本人承诺严格按照《皖南医学院科研财务助理管理办法（试行）》规定，做好为科研项目预算编制、经费支出、财务决算和验收等方面提供专业化服务。  本人签名：  年 月 日 | | |
| 二级单位  推荐意见 | 负责人签字：  年 月 日 | | |
| 科研处  财务处  意见 | 科研处签章： 财务处签章：  年 月 日 | | |

说明：本表格一式三份，二级单位、科研处、财务处各执一份。