

# 科研部类经费报销所需要的材料

为方便科研部类经费报销流程，现将各类报销项目所需资料提供如下：

| 项目                     | 科研部类 |     |        |     |     |     |     |      |       |       |          |        |
|------------------------|------|-----|--------|-----|-----|-----|-----|------|-------|-------|----------|--------|
|                        | 差旅费  | 会议费 | 研究生劳务费 | 版面费 | 查新费 | 快递费 | 打印费 | 固定资产 | 实验耗材费 | 临床观察费 | 合作单位外拨经费 | 院内合作经费 |
| 发票                     | √    | √   |        | √   | √   | √   | √   | √    | √     |       | √        |        |
| 项目任务书                  | √    | √   | √      | √   | √   | √   | √   | √    | √     | √     | √        | √      |
| 外出参加学术交流/培训申请          | √    |     |        |     |     |     |     |      |       |       |          |        |
| 举办公学术会议/培训申请           |      | √   |        |     |     |     |     |      |       |       |          |        |
| 会议通知                   | √    | √   |        |     |     |     |     |      |       |       |          |        |
| 举办会议议程（需科研部盖章）         |      | √   |        |     |     |     |     |      |       |       |          |        |
| 举办会议已批准经费预算            |      | √   |        |     |     |     |     |      |       |       |          |        |
| 专家劳务费/咨询费发放明细表(专家签字原件) |      | √   |        |     |     |     |     |      |       |       |          |        |
| 举办会议参会人员签到表            |      | √   |        |     |     |     |     |      |       |       |          |        |
| 举办会议期间餐费明细             |      | √   |        |     |     |     |     |      |       |       |          |        |
| 劳务费发放承诺书及申请表           |      |     | √      |     |     |     |     |      |       |       |          |        |

|                      |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----------------------|--|--|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 工作需要申请报告             |  |  |  |   |   |   |   | √ |   |   |   |   |
| 实验耗材出入库登记表（科研部统一管理）  |  |  |  |   |   |   |   |   | √ |   |   |   |
| 快递明细单                |  |  |  |   |   | √ |   |   |   |   |   |   |
| 打印明细表                |  |  |  |   |   |   | √ |   |   |   |   |   |
| 论文录取通知书+论文初稿/论文正文    |  |  |  | √ |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 查新结果（封面+盖章页）         |  |  |  |   | √ |   |   |   |   |   |   |   |
| 固定资产管理卡              |  |  |  |   |   |   |   | √ |   |   |   |   |
| 合同                   |  |  |  |   |   |   |   | √ |   |   | √ |   |
| 临床观察费发放明细表+临床资料收集统计表 |  |  |  |   |   |   |   |   |   | √ |   |   |
| 院内合作协议书              |  |  |  |   |   |   |   |   |   |   |   | √ |

除上述规定外，以下事项不仅包括上述所需资料，还需以下资料：

1、线上会议发放劳务费需附专家讲课照片。

2、举办学术会议费用不能超预算执行。

3、增值税普通发票需注明单位名称、纳税人识别号；增值税专用发票需注明单位名称、纳税人识别号、地址、电话、开户行及账号。

4、高铁票、火车票，持车票报销。

5、机票持行程单或单位抬头并注明航班号、出发日期、乘机人的发票报销。

6、国外版面费需附转账汇款单。

7、其他相关费用报销按实际资料提供。

8、开票信息：

单位名称：陕西中医药大学附属医院

纳税人识别号：12610000435631805J

地址：咸阳市渭阳西路副2号

电话：029-33320882

账号：61001630108052500514

开户行：咸阳建行人民路支行

自公布之日起实施，最终解释权归计划财务部、科研部。

如有疑问，咨询电话：029-33320865 029-33320868

附件：报销相关表格



附件 1:

## 陕西中医药大学附属医院实验耗材出入库登记表

实验室名称/科研项目名称:

实验室负责人/科研项目负责人(签名):

| 日期 | 实验耗材 | 生产厂家 | 数量/单位 | 批号 | 有效期 | 接收人 | 实验室/科研项目<br>管理员 | 领用人 | 出库日期 |
|----|------|------|-------|----|-----|-----|-----------------|-----|------|
|    |      |      |       |    |     |     |                 |     |      |
|    |      |      |       |    |     |     |                 |     |      |
|    |      |      |       |    |     |     |                 |     |      |
|    |      |      |       |    |     |     |                 |     |      |
|    |      |      |       |    |     |     |                 |     |      |
|    |      |      |       |    |     |     |                 |     |      |
|    |      |      |       |    |     |     |                 |     |      |
|    |      |      |       |    |     |     |                 |     |      |

附件 2:

## 陕西中医药大学附属医院科研项目经费预算调整（转结）申请表

| 项目名称:         |                    |       |               |       |        |
|---------------|--------------------|-------|---------------|-------|--------|
| 项目编号          |                    | 项目类别  |               |       |        |
| 项目负责人         |                    | 所在科室  |               | 联系电话  |        |
| <b>预算调整情况</b> |                    |       | 金额单位: 万元      |       |        |
| 序号            | 科目名称               | 原预算数额 | 调整数额<br>(+/-) | 调整后数额 | 备注(原因) |
| 1             | 设备费                |       |               |       |        |
| 2             | 材料费                |       |               |       |        |
| 3             | 测试化验加工费            |       |               |       |        |
| 4             | 燃料动力费              |       |               |       |        |
| 5             | 差旅/会议/国际合作与交流费     |       |               |       |        |
| 6             | 出版/文献/信息传播/知识产权事务费 |       |               |       |        |
| 7             | 劳务费                |       |               |       |        |
| 8             | 专家咨询费              |       |               |       |        |
| 9             | 其他支出               |       |               |       |        |
| 预算调整原因及说明     |                    |       |               |       |        |
| 项目负责人签字:      |                    |       |               |       |        |
| 年 月 日         |                    |       |               |       |        |
| 科研部审核:        |                    |       |               |       |        |

|  |
|--|
| <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 10px;"> <span>(签字)</span> <span>(盖章)</span> </div> <div style="text-align: center;">             年 月 日           </div>   |
| <p>专家论证意见：</p><br><br><div style="text-align: center; margin-top: 20px;">             (签字)           </div><br><br><div style="text-align: center; margin-top: 20px;">             年 月 日           </div>  |
| <p>项目牵头单位意见：</p><br><br><br><div style="text-align: center; margin-top: 20px;">             (签字)           </div><br><br><div style="text-align: center; margin-top: 20px;">             (盖章)           </div><br><br><div style="text-align: center; margin-top: 20px;">             年 月 日           </div> |

**项目经费预算调整说明：**

1. 项目来源单位明文规定预算调整权限时，按项目来源单位要求执行；项目来源单位无明文规定预算调整权限时，按《陕西中医药大学附属医院科研经费管理办法》执行调整审批、备案流程。
2. 原则上，在项目执行期间每位项目负责人每年允许申请一次预算调整，且应当在当年的年度进展报告中进行相关的说明。
3. 项目预算总额不得调整，项目间接费用预算不得调整。
4. 项目预算总额不变的情况下，材料费、测试化验加工费、燃料动力费、出版/文献/信息传播/知识产权事务费、其他支出预算可根据实际需要进行调整。
5. 会议费、差旅费、国际合作与交流费、劳务费、专家咨询费和设备费支出预算可以调减，不得调增。
6. 预算调整金额在1万元以下的由项目负责人自行调整，报科研部备案，调整金额在1-5万元的由项目负责人申请，提交科研部审批，调整金额大于5万元的需由项目负责人提出申请，科研部组织相关专业不少于3名专家进行论证，根据论证意见决定是否调整。
7. 项目结题后的结余资金按照规定可进行转结用于相关项目研究，结转经费请按预算调整进行填写，并附结转所需项目简要方案及经费预算表。
8. 本申请表一式三份，项目负责人、科研部、计划财务部各一份。

附件 3:

## 陕西中医药大学附属医院 使用科研项目经费发放劳务费承诺书

科研部:

我项目组承担（项目来源）\_\_\_\_\_项目（项目名称及编号）\_\_\_\_\_。总经费\_\_\_\_\_万元，根据《合同书》经费预算劳务费\_\_\_\_\_万元，此次发放\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日至\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日共计\_\_\_月劳务费共\_\_\_\_\_万元。

项目负责人承诺:

- 1、已认真阅读过《陕西中医药大学附属医院科研经费管理办法》相关规定以及国家各类科研经费管理办法，了解本项目劳务费应发放比例；
- 2、申请发放的劳务费未超过劳务费规定比例；
- 3、承诺严格按照劳务费发放的比例发放（按预算书及各类管理办法比例支出），如有超额或违规发放，造成项目未能通过国家审计、不能如期完成，或给本单位声誉造成不良影响者，责任由项目负责人承担。

项目负责人（签名）：

年 月 日

## 陕西中医药大学附属医院科研项目人员劳务费发放明细表

项目编号：\_\_\_\_\_

| 序号     | 姓名 | 性别 | 职务<br>职称 | 工作量<br>(日) | 金额(元) | 身份证号 | 开户行、卡号 | 联系电话 | 签名 |
|--------|----|----|----------|------------|-------|------|--------|------|----|
| 1      |    |    | 研究生      |            |       |      |        |      |    |
| 2      |    |    | 本科生      |            |       |      |        |      |    |
| 3      |    |    |          |            |       |      |        |      |    |
| 合计（小写） |    |    |          |            |       |      |        |      |    |
| 合计（大写） |    |    |          |            |       |      |        |      |    |

项目负责人签字：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_年 月 日

注：

1. 请参照项目经费预算规定的劳务费比例支出；
2. 劳务费支出以 30 元/日为上限
3. 个人所得税由本人向当地税务机关申报，倘若未按要求申报，法律责任由本人承担。



附件 4:

### 陕西中医药大学附属医院专家劳务费/咨询费发放明细表

年 月 日

| 工作内容 |    |    |      |         |      |          |    |      |
|------|----|----|------|---------|------|----------|----|------|
| 经费来源 |    |    |      |         |      |          |    |      |
| 序号   | 姓名 | 职称 | 所在单位 | 实发金额(元) | 身份证号 | 银行账号及开户行 | 备注 | 个人签字 |
| 1    |    |    |      |         |      |          |    |      |
| 2    |    |    |      |         |      |          |    |      |
| 3    |    |    |      |         |      |          |    |      |
| 4    |    |    |      |         |      |          |    |      |
| 5    |    |    |      |         |      |          |    |      |
| 合计   |    |    |      |         |      |          |    |      |

- 注: 1. 本表适用于学术活动、咨询、评审等一次性专家劳务支出。  
2. 支付标准应符合医院相关规定, 并与活动开展前审批的预算标准一致。  
3. 报销时请同时附上专家讲座的“日程安排表”或“学术讲座海报”, 及活动申请批复单

附件 5:

## 陕西中医药大学附属医院临床观察费发放明细表

( 年 月)

| 项目名称    |    |    |      |              |         |      |              |    |      |
|---------|----|----|------|--------------|---------|------|--------------|----|------|
| 项目来源    |    |    |      |              |         |      |              |    |      |
| 临床观察费标准 |    |    |      |              |         |      |              |    |      |
| 序号      | 姓名 | 职称 | 所在单位 | 完成病例数<br>(份) | 实发金额(元) | 身份证号 | 银行账号及<br>开户行 | 备注 | 个人签字 |
| 1       |    |    |      |              |         |      |              |    |      |
| 2       |    |    |      |              |         |      |              |    |      |
| 3       |    |    |      |              |         |      |              |    |      |
| 4       |    |    |      |              |         |      |              |    |      |
| 5       |    |    |      |              |         |      |              |    |      |
| 6       |    |    |      |              |         |      |              |    |      |
| 7       |    |    |      |              |         |      |              |    |      |
| 8       |    |    |      |              |         |      |              |    |      |
| 合计      |    |    |      |              |         |      |              |    |      |

- 注: 1.本表适用于各类临床病例观察相关科研项目的临床观察费发放。发放额度应与项目预算(合同)一致。  
2.本明细表以“月”为单位,每月一份,表头(年 月)填写临床观察产生的实际月。本单位人员无需填写银行账号及开户行  
3.申报时应提供项目预算(合同),及临床观察相关支撑材料。

附件 6:

## 陕西中医药大学附属医院 科技项目绩效支出发放申请表

| 项目名称               |        |                  |      |             | 项目编号                  |  |
|--------------------|--------|------------------|------|-------------|-----------------------|--|
| 项目来源               |        | 项目类型             |      |             | 项目负责人                 |  |
| 绩效支出总额<br>(元)      |        | 已发放绩效金额(含<br>个税) |      |             | 本次发放绩<br>效金额(含个<br>税) |  |
| 绩效发<br>放<br>方<br>案 | 序<br>号 | 姓名               | 身份证号 | 发放金额<br>(元) | 开户行及银行卡号              |  |
|                    | 1      |                  |      |             |                       |  |
|                    | 2      |                  |      |             |                       |  |
|                    | 3      |                  |      |             |                       |  |
|                    | 4      |                  |      |             |                       |  |
|                    | 5      |                  |      |             |                       |  |
|                    | 6      |                  |      |             |                       |  |
|                    | 7      |                  |      |             |                       |  |
|                    | 8      |                  |      |             |                       |  |

|                   |  |
|-------------------|--|
| <p>项目组<br/>承诺</p> | <p>本人郑重承诺，本课题按照国家和学校相关管理规定，经项目组成员协商同意，按上述方案申请本次绩效发放。</p> <p style="text-align: center;">项目组成员（签字）：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>         |
| <p>科研部<br/>意见</p> | <p>（确认项目基本信息和绩效支出是否和预算相符）</p> <p style="text-align: center;">负责人（签字）：</p> <p style="text-align: right;">公章</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> |

备注：

本表须双面打印，一式二份，项目负责人、科研部各留存一份；

项目编号：

## 陕西中医药大学附属医院科研项目 院内合作协议书

项目名称：\_\_\_\_\_

项目来源：\_\_\_\_\_

甲 方：\_\_\_\_\_

乙 方：\_\_\_\_\_

丙 方：陕西中医药大学附属医院科研部\_\_\_\_\_

签订时间：\_\_\_\_\_

有效期限：\_\_\_\_\_

陕西中医药大学附属医院制

甲方：（委托方）\_\_\_\_\_

负责人：\_\_\_\_\_

联系人：\_\_\_\_\_

电话：\_\_\_\_\_

乙方：（受托方）\_\_\_\_\_

负责人：\_\_\_\_\_

联系人：\_\_\_\_\_

电话：\_\_\_\_\_

丙方： 陕西中医药大学附属医院科研部

负责人： 范小璇

联系人： 高碧芸

电话： 029-33320868

本协议合作方就共同参与\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_课题研究事宜，经过平等协商，在真实、充分地表达各自意愿的基础上，根据《中华人民共和国合同法》的规定，达成如下协议，并由合作方共同遵守。

**第一条：**本协议合作研究开发项目的要求如下：

1. 技术目标：按照\_\_\_\_\_要求及课题任务书计划，按承担期完成本课题的临床研究任务。

2. 技术内容：按照课题组制定的研究方案，研究病例的安全性检查工作，包括\_\_\_\_\_检查（共 例， 元/例）。

3. 技术方法和路线：详见研究者手册。

**第二条：**本协议合作各方在课题研究过程中，分工承担如下工作：

甲方责任：

1. 根据病例入组情况，向乙方开具符合研究方案\_\_\_\_\_项目的\_\_\_\_\_申请单及相应的\_\_\_\_\_标本，约定申请单标识标记为\_\_\_\_\_，（如：负责人或指定人员签章。）

标记留样：

2. 根据乙方工作任务向乙方提供相应检查费用；

3. 定期从乙方处取回报告单并遵照研究方案要求填写研究病例。

乙方责任：

1. 根据研究方案及\_\_\_\_\_申请单要求，对甲方提供的\_\_\_\_\_妥善保存、及时准确出具研究化验单；

2. 对化验单妥善保存，供甲方随时取回。

**第三条：**本协议的变更必须由合作方协调一致，并以书面形式确定。

未经双方同意，合作任何一方不得将本协议项目部分或全部研究工作转让给第三方承担。但乙方在规定的时间内，没有启动研究计划或不能胜任研究计划的工作内容时，甲方可以不经乙方同意，将本协议项目部分或全部研究工作转让给第三方承担。

**第四条：**为确保本协议的全面履行，协议双方确定由丙方（所在单位科研管理部门）负责本协议组织管理和研究中的协调工作。

**第五条：**经费使用：

1. 经费来源：

2. 经费支付方式：研究结束由医院财务部门根据双方签字进行转账；

3. 经费金额：甲方按研究计划项乙方拨付\_\_\_\_\_例次患者的\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_费用\_\_\_\_\_万元；

**第六条：**为有效履行协议，合作双方确定，在协议有效期内，甲方指定\_\_\_\_\_为甲方课题联系人，乙方指定\_\_\_\_\_为乙方课题联系人。督促课题的进展速度和质量控制，掌握协议履行中的财务支出情况；双方发生纠纷时，负责协调解决。

本协议一式三份，甲乙丙三方各执一份，具有同等法律效力。

本协议经合作方签字和科研管理部门盖章后生效。

甲 方：\_\_\_\_\_

负责人：\_\_\_\_\_（签字）

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月\_\_\_\_日

乙 方：\_\_\_\_\_

负责人：\_\_\_\_\_（签字）

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月\_\_\_\_日

丙 方：陕西中医药大学附属医院科研部

负责人：\_\_\_\_\_（签字）

（公章）

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月\_\_\_\_日