



南充市第四人民医院费用审批单

日期： 年 月 日

项目名称	附件名称	附件张数	单据金额（元）	备注
实报金额（大写）： 佰 拾 万 仟 佰 拾 元 角 分，小写：¥				
单位/科室		经手人		
职能部门意见		往来核对		
财务科意见		分管领导意见		
审计科意见		财务审签领导意见		
单位负责人意见			出 纳	