**滨州医学院转账支出凭证**

**报销单位： 年 月 日**

|  |  |
| --- | --- |
| **品名（或事由）** |  |
| **数 量** |  | **单 价** |  |
| **金 额** | **人民币（大写） ￥** |
| **不能取得原始****单据的原因或****其他说明** |  |
| **主管校领导： 分管校领导： 部门负责人：** |
| **财务负责人： 经手人： 财务核算人：** |