**中国科学院脑科学与智能技术卓越创新中心**

**预算制纵向科研项目经费预算调整申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** |  |
| **项目编号** |  | **ARP账号** |  |
| **项目负责人** |  | **联系电话** |  |
| **项目执行期** |   |
| **经费预算调整原因及计算依据**（请按科目详细说明，不同类型的调整事项，应分类说明） |  |
| **预算额度调整汇总** | **预算科目名称** | **调整前****额度（万元）** | **申请调整数（万元）** | **调整后****额度（万元）** |
| 1、设备费 |  |  |  |
| 2、业务费 |  |  |  |
| 3、劳务费 |  |  |  |
| 4、间接经费 |  |  |  |
| **项目负责人签名：** **年 月 日** |
| **研究组长签名：****年 月 日** |
| **设备费、间接经费预算调整单位审批意见：** **科研处负责人签名：**  **（单位公章）** **年 月 日** |
|  |

**注： 本表正反打印一式两份，研究组、科研处各备一份。**