**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。**