



中国医学科学院肿瘤医院

Cancer Hospital Chinese Academy of Medical Sciences

工 会 支 款 单

年 月 日

单位：元

支款内容				
金 额	(大 写)		¥	
资金来源	<input type="checkbox"/> 医院工会支付 <input type="checkbox"/> 分工会额度支付 <input type="checkbox"/> 协会额度支付 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
签 字	工会主席	工会办公室负责人	活动负责人	经办人

- 注：1、此支款单在报销时必须填写完整，财务备案。
2、请相关负责人仔细核对后附发票的内容、金额，与支款单一致后签字。
3、上表中“签字”不得打印及盖章。
4、上表中“活动负责人”签字为分工会主席或协会会长。