**药学院二级学科（课题组）仪器设备采购补贴申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 设备名称 | |  | | 规格型号 | |  | |
| 厂家 | |  | | 预算总额（万）① | |  | |
| 仪器设备采购必要性说明（简述采购设备的功能、需求量、共享度、迫切性等情况） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 申请补贴比例 | | | % | 申请补贴额度（万） | | |  |
| 自筹经费比例 | | | % | 自筹经费额度（万）② | | |  |
| 自筹  经费  情况 | 经费名称和项目号 | | | | 自筹金额（万） | | 经费负责人 |
| 经费1： | | | |  | |  |
| 经费2： | | | |  | |  |
| 经费3： | | | |  | |  |
| 自筹经费合计 | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_万 | | |
| 申请人（签名）： 申请日期： 年 月 日 | | | | | | | |
| 教授  委员会  意见 | □ 建议给予补贴（补贴金额： 万）  □ 不予补贴 | | | | | | |
| 学院党政  联席会议  意见 | □ 同意补贴（补贴金额： 万）  □ 不予补贴 | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | |

1. 如实际采购价格高于预算总额，申请二级学科或课题组应按比例承担超额费用；
2. 对于自筹经费的课题组，学院仪器平台免除相关设备的仪器测试费用。
3. 本申请表**6月23日（星期一）10：00前**交陈晶磊老师，电子表格发jlchen@suda.edu.cn。