锦州医科大学博士津贴领取申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 单位(部门) |  |
| 出生  年月 |  | 进入本单位时间 |  | 专业技术  职务 |  |
| 获得博士学位院校及时间 | | |  | | |
| 职工  工号 |  | | 工资卡卡号 |  | |
| 申请人是否在校报销过博士学费 | | | 是□（税前金额为： ） 否□ | | |
| 申请人是否享受过博士住房补贴 | | | 是□（税前金额为： ） 否□ | | |
| 申请人是否享受过引进人才补贴 | | | 是□（税前金额为： ） 否□ | | |
| 申请人申请博士津贴金额 | | |  | | |
| 财务处审核  申请人是否在校报销过博士学费  是□ （税前金额为： ）  否□  审核人签字：  （部门公章）  年 月 日 | | | 人事处人事人才科审核  申请人是否享受过引进人才补贴  是□ （税前金额为： ）  否□  审核人签字：  （部门公章）  年 月 日 | | 人事处师资科审核  申请人是否享受过住房补贴  是□（税前金额为： ）  否□  审核人签字：  （部门公章）  年 月 日 |
| 审核后应拨付津贴总额（税前）： 元  每月应发津贴金额（税前）： 元，共计发放36个月。 | | | | | |
| 申请人意见 | 本人承诺对在申请领取博士津贴时所提供的材料真实性负责。经本人申请和对学校相关职能部门核算后的应拨付金额情况无异议，同意领取博士津贴，并执行领取后学校的相关规定和要求。  申请人确认签字：  年 月 日 | | | | |
| 学校  意见 | 负责人签字：  年 月 日 | | | | |