附件3

四川中医药大健康产业与乡村振兴研究中心项目

立 项 回 执 单

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | | 项目编号 |  |
| 项目负责人 |  | | 工作单位 |  | | 电话 |  |
| 通讯地址 |  | | 邮编 |  |
| 项目资助经费 | | | | 课题组成员 | | | |
| 小写金额： 元 大写金额 ： 元 | | | |  | | | |
| 负责人所在单位开户行及账号 | | 单位财务部门意见 | | | 单 位 意 见 | | |
| 户名：  账号：  汇入地点：  汇入银行：  （此栏由本单位财务部门填写） | | 公章      年 月 日 | | | 公章    年 月 日 | | |
| 项目负责人承诺：  我接受四川中医药大健康产业发展与乡村振兴研究中心项目资金的资助，按照《四川省社会科学重点研究基地管理办法（试行）》和《2022年四川中医药大健康产业发展与乡村振兴研究中心项目管理基本要求》等有关规定，提供真实项目信息，依法依规使用项目资金，及时报告资金使用重大变动情况。  项目负责人（签字）：  年 月 日 | | | | | | | |

注：1. 请按要求认真填写回执，加盖财务公章与单位公章，并按国家相关规定将正式发票一并寄送至四川中医药大健康产业与乡村振兴研究中心；

2. 正式发票或往来票据抬头请开**“成都中医药大学”，纳税人识别号：12510000450717519**