**安徽师范大学皖江学院学生医疗费用报销审核单**

**年 月 日 附发票 张 附件 张**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **报销人姓名** |  | **系** |  | **班级/专业** |  | **学 号** |  |
| **电话号码** |  |
| **情况说明** |  |
| **票据金额（小写）￥ 元** | **报销人签名** |  |
| **班级审核意见** | **班长（或生活委员）签名： 年 月 日** |
| **辅导员审核意见** |  **签 名： 年 月 日**  |