附件1

市级科技计划项目审计申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称（盖章） |  | | |
| 成立日期 |  | 批准部门 |  |
| 批准文号 |  | 执业证书编号 |  |
| 法定代表姓名 |  | 注册资本 |  |
| 专职从业人员人数（人） |  | 专职注册会计师人数（人） |  |
| 单位地址 |  | | |
| 市级科技项目审计主审人 |  | 联系方式 |  |
| 联 系 人 |  | 联系方式 |  |
| 电子邮箱 |  | | |
| 单位开户行名称 |  | | |
| 银行帐号 |  | | |
| 上年度审计业务收入（万元） | |  | |
| 上年度其他业务收入（万元） | |  | |
| 承担市级以上科技计划项目审计情况 | |  | |
| 获得市级以上荣誉情况 | |  | |
| 我单位承诺按照市级科技计划项目审计要求完成审计内容；承诺填报内容全部真实，如有虚假愿承担法律责任。  法定代表签章：  会计师事务所（盖章）：  年 月 日 | | | |

注：表中数据以2023年度期末的情况为准。