

醫院 請款單

費用負擔成本中心代碼:

申請單位:		副 院 長	執 行 長	院 長
申 請 人	單 位 主 管			
聯絡電話:				
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年度	會計科目	張數	NO.	
付 款 金 額	新台幣 百 拾 萬 千 百 拾 元正			

貼 單 據 處

品 名	說 明	金 額
推 薦 奬 金	原則:(1)被推薦人具護理師資格者推薦獎金3萬5仟元(2)具護士資格者推薦獎金3萬元(3)實習護士資格者推薦獎金5仟元(4)具藥師資格者推薦獎金5萬元。	
	1. (院內員工)填寫欄位:推薦者(申請人) 院區: 單位: 員工編號: 姓名:	
	1. (院外人士)填寫欄位:推薦者(申請人) 姓名:	
	2. 被推薦者姓名: 單位: 院區: 員工編號:	
	3. 被推薦者預計到職日:	
	4. 推薦者(申請人)簽名:	
	人資室審核: <input type="checkbox"/> 通過, 轉帳日期: <input type="checkbox"/> 不通過	
	發推薦獎金於新人(被推薦者)到職期滿次月25號轉帳(匯入帳戶)	
合 計		
驗 收 及 審 核 意 見		

指定匯款戶名: 帳號: 非員工請附存摺影本方便建檔

財 務 登 記	物 品 領 託 章	金 額	會 計 室 承 辦 人
		領 款 蓋 章	年 月 日
年 月 日	年 月 日		