

醫院 請款單

費用負擔成本中心代碼：

申請單位：		副院長	財務長	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	明	金額
推薦獎金			
	1. (院外人士)填寫欄位：推薦者(申請人) 姓名： (請填寫)		
	2. 被推薦者姓名：單位：院區： 員工編號： (請填寫)		
	3. 被推薦者預計到職日：(請填寫)		
	4. 推薦者(申請人)簽名：(請填寫)		
	人資室審核： <input type="checkbox"/> 通過，轉帳日期： <input type="checkbox"/> 不通過		
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	物品領訖章	金額	會計室承辦人
年月日	年月日	領款蓋章	年月日