

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			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	
		領款蓋章		
年 月 日	年 月 日		年 月 日	

77AT001