

大千綜合醫院請款單

費用負擔成本中心代碼：

申請單位： 醫療部		副 院 長		財 務 長 院 長	
申 請 人	單 位 主 管	行 政 部	醫 療 部		
聯絡電話：					
年 月 日	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 佰 拾 萬 千 百 拾 元正				
貼 單 據 處					
品 名	說 明				金 額
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 物 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	