

領 據

茲收到 114 年度_____ (請填學校名稱)

非公費教職員工流感疫苗 接種處置費

計新臺幣 萬 仟 佰 拾 元整。

此致_____

(請填學校名稱)

(統編： _____)

診所

(請蓋大小章)

印花稅票黏貼處

中華民國 年 月 日

(請浮貼存摺帳戶影本資料)

銀行： _____ 銀行 _____ 分行

戶名：

帳號：

銀行代碼：