領　　據

中華民國　　年　　月　　日

付　款　人	仁德醫護管理專科學校
領　款　人	□校外人員　□校內人員 (請以正楷書寫)
領款金額	新台幣　萬　仟　佰　拾　元整 (鐘點時數：＿＿＿＿＿，每節(小時)鐘點費用：＿＿＿＿＿)
領款原因	□主持費□出席費□鐘點費■工讀金□審查費□演講費 □交通費(地點:起　　訖　　)需與下方地址一致 □其他 管理費＿＿＿＿＿＿＿＿(請勾選，其他欄請說明所得名稱)
領款人簽章	身份證統一編號
地　　址	□戶籍所在地　□居住地

本聯供粘貼報銷憑證辦理核銷用　　經辦人：　　蓋章

為正確辦理所得申報業務,請於下方黏貼所得人身分證影本(以前年度留有資料者免付)

※　非本國人士請附上護照影本或居留證影本浮貼

……黏貼線……