

仁德醫護管理專科學校
支出證明單

年 月 日

受 領 人					
姓名或名稱			身分證或營利事業統一編號		
地 址					
貨物名稱廠牌規格或支出事由				品名	
單價		數量		實付金額	
不能取得單據原因					

經手人

單位主管

附註：受領人如為本校人員得免記其地址及其統一編號。