

財團法人德澤醫學研究基金會

經費支領單

申請日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

主持人	張**	申請人 聯絡電話	陳** 0935*****
計畫名稱 (計畫編號)	A11110**	計畫起迄	111/1-111/12
憑證張數		備註	
申請金額	新台幣 拾 參 萬 X 仟 X 佰 X 拾 X 元整 另扣手續費____元		
支領方式	1. <input type="checkbox"/> 現金 2. 匯入 <input type="checkbox"/> 主持人 <input type="checkbox"/> 申請人 <input type="checkbox"/> 廠商 <input checked="" type="checkbox"/> 支出證明單各受領人		
匯款帳號	_____銀行/郵局 _____分行 帳號_____ 戶名_____		
	未附存摺影本或銀行資料時請清楚填寫		

核准

複核

審核

申請人 簽名/核章

以下現金領據不需填寫

現金領據	
	_____年 _____月 _____日
茲收到財團法人德澤醫學研究基金會	
新台幣	拾 萬 仟 佰 拾 元整
具領人正楷簽名	身份證字號

財團法人德澤醫學研究基金會 憑證黏貼用紙

憑證張數	會計科目	金額					備註
以下憑證張數	以下憑證科目				總金額		

執行長	審核	會計	計畫主持人	申請人
			計畫主持人簽名(親簽)	申請人簽名(親簽)

憑 證 黏 貼 線 (以 下 浮 貼 憑 證)

申請人事費時黏貼支出證明單，申請其他經費黏貼發票或收據

財團法人德澤醫學研究基金會

支出證明單

111 年 ** 月 ** 日

姓 名	陳**	身份證字號	A*****	地址 電話	台北市***** 0935*****
支出事由	*月薪資/獎金/人力費/主持人費/收案費				
其 他					
金 額	新台幣 拾 參 萬 X 仟 X 佰 X 拾 X 元整				

核准

複核

審核

受領人

簽名或蓋章