

新北市立淡水國民中學_____年度教職員健康檢查補助費申請表

憑證編號	預 算 科 目				醫院收費單據正本黏貼處 (須有健康檢查之註記)	
計畫名稱	國民中學教育					
用途別	國中教育行政					
二級用途別	183 傷病醫藥費					
請領金額	千	百	拾	元		
申請人姓名						
出生日期	年	月	日			
單位						
職稱						
檢查日期	年	月	日			
檢查地點						
茲領到						
健康檢查補助費新台幣 萬 仟 佰 拾 元 整。						
此 據						
具領人 (簽章)						
年 月 日						

人事室：

會計室：

校長：