

馬偕學校財團法人馬偕醫護管理專科學校

差旅費報支單

提出日期： 年 月 日

單位：		姓名：		職稱：		備 註				
日期： 年 月 日至 年 月 日		總計： 年 月 日				1.請先填背面 差旅單 2.國內進修. 研討會.出 差請附核准 之證明文件				
交通：口單程口雙程		口機票 口火車票		口汽車票 口計程車						
項目	說 明			金 額						
交通費										
住宿費										
膳食費										
雜 費										
新台幣	拾 萬 仟 佰 拾 元整		合計							
簽核章	具領人：			單位主管：						
	經手人：			校 長：						
	會計主任：									

馬偕學校財團法人馬偕醫護管理專科學校差旅單

員工代號：		姓名：		單位：		單位電話：		
職稱：		事由：						
起		迄			小 計		職務代理	
月	日	時	月	日	時	日		時
* 除台東可搭乘飛機外，其他地區須事先經校長簽准，單位主管並簽註之。 * 如需申報費用，請加填背面旅費報支單								
簽核章		單位主管： <input type="checkbox"/> 已簽准搭乘飛機						
		人事主任：						
		校 長：						