

馬偕學校財團法人馬偕醫護管理專科學校

支出證明單

年 月 日

(格式一：本表使用A4紙張印製)

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				單 數		位 量	
單 價			實 付 金 額				
不 能 取 得 單 據 原 因							

經手人

附註：受領人如為機關或本機關人員得免記其地址及其統一編號。