領　　據

中華民國　　年　　月　　日

茲收到新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

發給　　費

新台幣：_____萬_____仟_____佰_____拾_____元整

服務單位：　　領款人簽章：

身份證字號：_____電話號碼: _____

戶籍地址：_____ 縣/市 _____鄉/鎮/市/區 _____ 里(村)

_____鄰 _____路/街 _____段 _____巷 _____弄 _____號 _____樓

聯絡地址：□□□_____(與戶籍不同者請加註)

【以上資料請以正楷書寫清楚，以方便扣繳申報作業，謝謝!】

✂----------

領　　據

中華民國　　年　　月　　日

茲收到新生學校財團法人新生醫護管理專科學校

發給　　費

新台幣：_____萬_____仟_____佰_____拾_____元整

服務單位：　　領款人簽章：

身份證字號：_____電話號碼: _____

戶籍地址：_____ 縣/市 _____鄉/鎮/市/區 _____ 里(村)

_____鄰 _____路/街 _____段 _____巷 _____弄 _____號 _____樓

聯絡地址：□□□_____(與戶籍不同者請加註)

【以上資料請以正楷書寫清楚，以方便扣繳申報作業，謝謝!】