|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個　人　領　款　收　據 | | | | | |
| 費款名稱：受試者補助費 | | | | | |
| 茲領到新臺幣 佰 拾 萬 仟 佰 拾 元整 | | | | | |
| 此　致 | | | | | |
| 台北榮民總醫院 | | | | |  |
|  | 單位名稱 |  | | |  |
|  | 領 款 人 | 職　 　稱 | 姓　 　　　名 | 蓋私章或簽名 |  |
|  |  |  |  |  |
|  | 身分證號碼 |  | | |  |
|  | 戶 籍 地 址 | （本院編制人員得免記地址） | | |  |
|  |  | | |  |
| 中　華　民　國　　 104年　　月　　日 | | | | | |