|  |
| --- |
| 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 |