

天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院

護理簽約金簽收單

預算編號：

姓名			給付總額	120,000 元	
學校			科系/年級		
給付總額(A)	新台幣 壹 拾 貳 萬 零 仟 零 佰 零 拾 零 元整				
支付項目	☒ 115 年度 ☐ 護理學生簽約金 ☐ 展翅計畫簽約金 ☐ 護理公費生簽約金				
緣由	天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院護理簽約金實施辦法				
領款人簽名				日期	
身分證字號					聯絡電話
戶籍地址(含郵遞區號)	□□□				
聯絡地址(含郵遞區號)	□□□				
領款方式	☐ 匯款 郵局：局號_____帳號_____				
	銀行：_____銀行_____分行 帳號_____				

*依所得稅法規定申報為學生所得，請詳閱護理簽約金實施辦法第八條第八項。

填寫日期： 年 月 日