

附件六

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會
2019 年全國國小學童潔牙觀摩交通費補助金額確認單

學校資料：縣市別 _____ / _____ 國小

活動名稱	2019 年全國國小學童潔牙觀摩	
金額	新台幣 _____ 元整 (請填阿拉伯數字)	
單據張數	_____ 張 (請不用黏貼紙張上,單據直接放入回郵信封即可)	
請款聯絡人 (學校)	單位：	姓名： 電話：
收款聯絡人 (學校/車行)	單位：	姓名： 電話：
補助方式 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 支票	支票抬頭 (請填妥學校/租車公司單位名稱) _____
		支票地址暨收件人 <input type="checkbox"/> 同學校地址 (請載明收件人) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
	註：請務必詳填俾便支票開立，支票僅能開團體別	
<input type="checkbox"/> 匯款	(如檢附一張清楚銀行存摺影本，下列資料可略) 銀行暨分行別： _____ 戶名： _____ 帳號： _____	

敬請於 108.10.18 (五) 前將本表連同交通發票/票根寄回本會俾利核撥費用，毋任感荷！

聯絡人：戴惠子，電話：(02)2500-0133 分機 251，地址：104 台北市中山區復興北路 420 號 10 樓