

您好：

請您填妥以下後，將單據寄回本會，以便進行費用撥款及核銷流程，謝謝您。
匯款資料請務必以正楷填寫清楚辨識

匯款行庫：_____郵局／銀行_____分行

匯款帳號：

匯款戶名：

社團法人台灣老年精神醫學會
秘書 周主恩
電話：04-2471-6239
傳真：04-2471-5124
E-MAIL：secretary@tsgp.org.tw

社團法人台灣老年精神醫學會 支出證明

領款人姓名		身份證字號	
支出事由	退 104 年甄審口試費		
給付總額	6000	扣繳金額	0
淨給付金額	6000		
領款人簽章		聯絡電話	
戶籍所在地			
說明			

請填寫受領人姓名、身份證字號、戶籍地址、領款人簽章即可，謝謝您。

連同交通票據一併寄回：

402 台中市南區建國北路一段 110 號 中山醫學大學附設醫院精神科
台灣老年精神醫學會 收