國立大湖高級農工職業學校 _____ 年度教職員健康檢查補助費申請表

<table>
<tr><td>申請人姓名</td><td colspan="2"></td><td>職 稱</td><td></td><td>出生日期</td><td>年 月 日
(足歲)</td></tr>
<tr><td>檢查醫療
院所名稱</td><td colspan="4"></td><td>檢查日期</td><td>年 月 日</td></tr>
<tr><td colspan="7">茲領到健康檢查補助費新台幣 仟 佰 拾 元整
此 據

具 領 人 ： （簽 章）

中 華 民 國 年 月 日</td></tr>
<tr><td>承 辦 人</td><td>人事主任</td><td>出納組長</td><td>會計審核</td><td>會計主任</td><td colspan="2">校 長</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

請檢附檢查醫療院所收費單據正本，黏貼於此處

（如檢附收據為影本者，請於影本適當處簽名或蓋私章，以證明與原件無訛）