

115 年度「疑似失智個案轉診費」領據

茲收到 115 年「疑似失智個案轉診費」費用，

計新臺幣_____元。

此致

桃園市政府衛生局



診所名稱：

統一編號：

診所地址：

聯絡電話：

入帳戶名：

入帳金融機構名稱及分行名稱：

帳號：(請提供帳戶影本)

製表人簽章：

單位主管章：

負責人簽

章：

中華民國

年

月

日

