|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **臺中市 區視力篩檢費印領清冊** | | | |
| 園所名稱 | 單價 | 人數 | 合計 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |
| **承辦人：** | **護理長：** | **主任：** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **收 據** | | | |
| 摘要 | 辦理**114**年度視力篩檢費用 | 備考 | 一案5元共 案合計 元 |
| 金額 | 新台幣 萬 仟 佰 拾 元整（經費來自菸品健康福利捐）  (零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖) | | |
| 上款 已照數領訖此據 | | | |
| 此致  臺中市 ○○區衛生所 台照  領款機關：  統一編號：  負責人：  機關住址(含里鄰)： | | | |
| 中華民國114年 月 日 | | | |