

領 據

茲收到臺中市食品藥物安全處補助「本市社區藥局藥師送藥到府之作業服務費」

新台幣 萬 仟 佰 拾 元整。

(費用請用國字大寫-壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖、拾)

此致

臺中市食品藥物安全處

藥局名稱：

具領人姓名： (請簽名、蓋私章)

身分證字號：

聯絡電話：

聯絡地址：□□□

- ◆ 具領人填寫及提供臺中市食品藥物安全處補助社區藥局藥師「送藥到府」方案之申領清單及佐證照片等資料內容皆屬真實，特此聲明。

檢附：1. 申領清單 1 份

2. 匯款帳戶影本1張(請黏貼於空白A4紙上)

(前述資料請裝訂於本領據後方)

中 華 民 國 1 1 1 年 月 日