

高雄市立凱旋醫院
 藥事委員會

【書面審查費繳款單】 繳費日期： 年 月 日				
申請類別	☐ 新進藥品 ☐ 樣品藥 ☐ 臨購藥品(轉正式品項適用)			
繳費方式	☐ 匯款 ☐ 臨櫃（現金）繳費			
收據抬頭				
統一編號				
申請者 (收據收件人資料)	姓名			
	電話		分機	
	手機		傳真	
	地址	郵遞區號：		
備註	※書面審查費，每件為新台幣 <u>貳仟元</u> 整。			
	審查案件共_____件 X 2,000 元= _____元整			
	繳費單據黏貼處 請浮貼			
金額總計	新 台 幣 萬 仟 佰元 整			

經辦單位	經辦單位主管	總務室出納

高雄市立凱旋醫院 藥事委員會

【送 審 案 件 編 號】

(編號) 由本會收案填寫(廠商勿填)

- (1) 編號: _____ 商品名/劑量: _____ 藥廠: _____
- (2) 編號: _____ 商品名/劑量: _____ 藥廠: _____
- (3) 編號: _____ 商品名/劑量: _____ 藥廠: _____
- (4) 編號: _____ 商品名/劑量: _____ 藥廠: _____
- (5) 編號: _____ 商品名/劑量: _____ 藥廠: _____
- (6) 編號: _____ 商品名/劑量: _____ 藥廠: _____
- (7) 編號: _____ 商品名/劑量: _____ 藥廠: _____
- (8) 編號: _____ 商品名/劑量: _____ 藥廠: _____
- (9) 編號: _____ 商品名/劑量: _____ 藥廠: _____
- (10) 編號: _____ 商品名/劑量: _____ 藥廠: _____

【範例】

- (1) 編號: 勿填 商品名/劑量: Ivega 3 mg 藥廠: 中化
- (2) 編號: 勿填 商品名/劑量: Efexor 37.5 mg 藥廠: 輝瑞

※備註：同成分不同劑量，以【不同】案件計算。