

高雄市立凱旋醫院
 藥事委員會

【委員會審查費繳款單】 繳費日期： 年 月 日				
繳費方式	☐ 新進藥品 ☐ 樣品藥			
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	※委員會審查費，每件為新台幣捌仟元整。 審查案件共_____件 X 8,000 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