**機關單位名稱:**

附件5

**臺中市政府衛生局114年社區整體照顧服務體系計畫和平區A單位**

**出差旅費清單**

單位：新臺幣元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **職稱** | **出差事由** | **日期** | **起訖地點** | **補助項目** | | | | **簽章** |
| **住宿** | **交通** | **雜費** | **合計** |
| Ex： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 李大同 | 講師 | 講授oo 課程 | 109.07.01 | 臺北~臺中 |  | 2,800 |  | 2,800 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

製表人： 單位負責人：

備註：

如以劃撥入帳撥付者，得檢附轉帳金融機構等之簽收或證明文件，免請受款人簽章。