

臺中市政府勞工局工作場所性騷擾心理諮商補助

領 據

茲向 臺中市政府勞工局 領取「工作場所性騷擾心理諮商補助」經費

總計 新臺幣_____萬_____仟_____佰_____拾_____元整。

(請填數字大寫：零、壹、貳、參、肆、伍、陸、柒、捌、玖、拾)

具領單位(應與收款之戶名相同)：

統一編號(或自然人雇主身分證字號)：

負責人：

(簽名或

蓋章)

主辦會計：

(簽名或蓋章)

單位主管：

(簽名或蓋章)

承辦人：

(簽名或蓋章)

聯絡電話：

聯絡地址：

匯款帳號(以下帳戶請擇一填寫)：

臺灣銀行：_____分行帳號：_____戶名：

郵局局號：_____帳號：_____戶名：

其他：_____銀行_____分行帳號：_____戶名：

單位
印信

負責人
印章

受款帳戶存摺封面影本浮貼處

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※備註：請先行填寫領據(金額未核定請空白)，並附申請人郵局或銀行存摺封面影本乙份。