

領 據

茲收到 光田醫療社團法人光田綜合醫院 核發 112
學年度就學助學金新臺幣 壹拾貳 萬元正。

此據

領款人： (簽章)

身分證字號：

戶籍住址： 縣/市 鄉/鎮/市/區 村/里 鄰
路 段 巷 弄 號 樓

中 華 民 國 年 月 日

請浮貼身分證影本(正面)

請浮貼身分證影本(背面)

請浮貼存摺封面影本(正面)

(請提供相關資料，以利請款作業)