

衛生所執行口罩實名制獎勵金之獎勵人員清冊

醫院名稱(全銜)：

填表人姓名：

填表人電話及電子信箱：

單位：新臺幣(元)

序號	姓名	身分證字號	執業類別	口罩實名制 獎勵金	備註
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
人員獎勵費用合計(A)				-	
總獎勵金額(B)				30,000	
人員獎勵百分比(C=A/B)				0.00%	

填表人	單位主管	人事單位	出納單位	會計單位	負責人

【如篇幅不足，請自行增列並加蓋騎縫章後，請以正式公文將紙本及電子檔送回本部備查。】

衛生所執行口罩實名制獎勵金之獎勵人員名冊

醫院名稱(全銜)：

單位：新臺幣(元)

序號	姓名	身分證字號	執業類別	口罩實名制 獎勵金	簽收
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
人員獎勵費用合計(A)				-	

填表人	單位主管	人事單位	出納單位	會計單位	負責人

【如篇幅不足，請自行增列並加蓋騎縫章後，留存貴院以備查核。】