

帳 戶 證 明

為請領衛生福利部「110 年度執行嚴重特殊傳染性肺炎防疫績效獎勵費用(非健保特約診所)」，提供本診所帳戶及相關資訊，作為撥款之依據。

此 致

衛 生 福 利 部

醫療機構代碼：_____

機構名稱（全銜）：_____

統一編號：

地 址：

負 責 人：

連絡電話：

診所機構印鑑

(簽章)

獎勵費用撥入存摺(影本)