

國立嘉義大學
收 據

中華民國 年 月 日

茲領到國立嘉義大學農學院植物醫學系研究生口試費

口試研究生姓名：

新台幣共計 _____ 仟 _____ 佰 _____ 拾 _____ 元整

口試時間：

具領人(簽章)：_____

身份證字號：_____

戶籍住址：_____ 縣/市 _____ 區/鄉/鎮 _____ 里 _____ 路/街 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓

聯絡電話：_____

銀行分行(郵局)：_____

帳號：_____

服務單位：_____

口試費及交通費：國立嘉義大學植物醫學系研究生口試費 \$1000 元，交通費 _____，

總計\$ _____ 元

此處請填貼存摺影本

