

帳號	0	7	4	4	3	6	8	6	金額	仟	佰	拾	萬	仟	佰	拾	元
	新台幣 (小寫)																

通訊欄 (限與本次存款有關事項)

敬請勾選繳納下列費用：

常年會費

換證費 1000 元

收據加註醫院抬頭：

戶名	社團法人中華民國醫用超音波學會															
	寄 款 人															
	姓名															
	通訊處	□□□ - □□														
電話	經辦局收款戳															

虛線內備供機器印錄用請勿填寫

◎寄款人請注意背面說明
◎本收據由電腦印錄請勿填寫

郵政劃撥儲金存款收據

收款帳號戶名	
存款金額	
電腦紀錄	
經辦局收款戳	