**馬偕醫學院計畫**

**專任助理人員撥款清冊**

|  |
| --- |
|  **專任助理 姓 名：**級別： □高中(高職) □五專(三專) □二專　□學士 □碩士 |
| **身分證字 號** |  | **戶籍地址** |  |
| **本人郵局局號** | □□□□□□－□ | **本人郵局帳　　號** | □□□□□□－□ |
| **本人銀行帳號** **(郵局或銀行帳號擇一填寫)** |  |
| **年度** | **工作時間****(月份)** | **薪 資(A)** | **自行負擔(B)** | **代扣 所得稅(C)** | **實領薪資＝****(A)-(B)-(C)** | **計畫補助** | **□計畫****□管理** |
| **勞保** | **健保** | **勞退** | **勞保** | **健保** | **勞退** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合 計** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **說明：本表請粘貼於黏貼憑證用紙上**