福建省抗癌协会\*\*\*\*会议专家讲课费签收单

时间：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **姓名** | **职称/职务** | **工作单位** |
|  |  |  |
| **身份证号码** | |  |
| **金额（税后）** | | **签字** |
|  | |  |
| **银行卡号及开户行**  **（储蓄卡\开户行需明确支行）** | |  |
| **会议负责人签字：** | |  |