

# REFUND SLIP 退款收據

Date 日期：\_\_\_\_\_

Patient's name 病人姓名 : \_\_\_\_\_ ( )

Patient's no 病人編號 : \_\_\_\_\_ Incurred Date 收款日期 : \_\_\_\_\_

Consultation Fee 診金 : \_\_\_\_\_  Lab Test 化驗費用 : \_\_\_\_\_

Medicine Fee 藥費 : \_\_\_\_\_  Others 其他 : \_\_\_\_\_

Received by 收款人 : \_\_\_\_\_ Signature (簽名) : \_\_\_\_\_