

초과사례금 신고서

접수번호		접수일자		처리일자	
신고자	성명		소속		
	직위 (직급)		연락처		
요청인	기관명		대표자		
	담당부서 (담당자)		연락처		
외부강의등 주제					
장 소					
일 시 20 . . . ~ 20 . . . 시 분 ~ 시 분					
사례금 총액 _____천원(※ 1회 평균 대가 _____천원) [교통비·숙박비·식비(실비) _____천원 별도](※ 1회 평균 교통비·숙박비·식비 _____천원)					
초과사례금 초과사례금 액수 : _____천원					
초과사례금 반환		반환여부 : _____ 반환금액 : _____ 반환방법 : _____ ※증빙서류 첨부			

이
한
기

신고자

(서명 또는 인)