[별지 제17호 서식] 초과사례금 신고서

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	

년 월 일

신고자

(서명 또는 인)

210㎜×297㎜[일반용지 60g/㎡(재활용품)]