

NEW BRUNSWICK COUNCIL OF NURSING HOME UNIONS



CONSEIL DES SYNDICATS DES FOYER DE SOINS DU N-B

Compte de dépenses		Expense Voucher	
Non/Name _____	Place/Endroit _____		
Adresse _____	Raison/Reason _____		
Address _____			
Date	Details	Amount/Montant	
Total		\$	-

Note: Breakfast - \$15.00 Lunch - \$20.00 Supper - 30.00 Travel - \$0.53km

Veuillez joindre vos reçus/Attach receipts please

*Je certifie que les montants ci-dessus ont été dépensés par moi pour le compte du Conseil
This is to certify that the amounts shown on the statement were incurred by me on behalf of the Council*

SIGNATURE _____

Approved _____ Approved _____

Cheque No. _____ DATE _____