NBCNHU
N.B. Council of Nursing Home Unions

CSFSNB
Conseil des syndicats des foyers de soins du N.-B.

CUPE·SCFP

Compte de dépenses **Expense Voucher**

Non/Name _____ **Place/Endroit** _____

Adresse _____ **Raison/Reason** _____
Address

Date	***Details***	***Amount/Montant***
	Total	**$ -**

Note: Breakfast - *$20.00* *Lunch - $24.00* *Supper - 46.00* ***Travel - $0.62km***

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 _____