

年度 産婦健康診査業務委託料請求書
(年 月分)

年 月 日

周防大島町長 様

医療機関所在地

医療機関名称

代表者職名・氏名

㊞

産婦健康診査を別途受診票のとおり実施しましたので、下記のとおり請求します。

請求金額 金		円	
区 分	単 価	件 数	金 額 (円)
産婦健康診査	3 , 7 6 0 円		
合 計			

支払いは、下記の口座に振り込みをお願いします。

口座 振 替	金融機関名		普通	口座番号
	支 店 名		当座	
	ふりがな			
	口座名義			