

請求書

金

円

ただし、令和元年度奈良県肝炎検査受診率向上業務として上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

奈良県福祉医療部医療政策局疾病対策課長 殿

医療機関名

医療機関住所

代表者氏名

印

(法人の場合は法人の名称、代表者名を記載のこと。)

振込口座

金融機関名

支店名

口座情報 (普通 当座) いずれかに○印をつけて下さい。

口座番号

口座名義人 (カナ)