

請 書

- 1 件 名 令和元年度奈良県肝炎検査受診率向上事業
- 2 委託内容 奈良県肝炎検査受診率向上事業仕様書のとおり
- 3 委託料 仕様書 2（2）のとおり
- 4 契約期間 契約成立日から令和2年3月31日まで
- 5 契約保証金 免除

上記金額で契約することについては、奈良県肝炎検査受診率向上事業仕様書を承諾の上相違なく履行いたします。

令和 年 月 日

受 託 者 医療機関住所

医療機関名称

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)

(委託料振込先)

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

名 義

(フリガナ)

委 託 者 奈良県福祉医療部医療政策局疾病対策課長

根津 智子 殿