

様式6

# 請求書

金

円

ただし、令和5年度奈良県風しん抗体検査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長 殿

医療機関名 \_\_\_\_\_

医療機関住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

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  
請書の時と同じ印で請求して下さい)

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)