様式6

請求書

金

円

ただし、令和7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

奈良県福祉保険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

発行責任者（担当者）

電話番号

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）