

予防接種委託料請求書
(風しん第5期)

年 月 日

(宛先) 周南市長

(請求者) 医療機関
所在地
法人名
医療機関名
代表者名
(肩書・氏名)

印

※代表者印を省略される場合は、下部の担当者及び連絡先欄の記載が必要です。

請求金額 円

(内訳明細)

予防接種種別	単価(円)	件数	請求金額(円)
MR(麻しん風しん混合)5期	11,495		
風しん(単抗原)5期	7,953		
予診の結果不接種	825		
計			

月実施分について、上記のとおり請求します。

(注意)

- 請求内容を訂正する場合は、代表者印の押印または請求者による訂正署名が必要です。
(砂消ゴムや修正液等で修正しないでください)
- 金額の訂正はできませんので再作成してください。
- 貴院が記入した件数と市が確認した件数が異なった場合、訂正した内容を記入してお送りしますので、再度ご提出ください

担当者及び連絡先

担当者名:

連絡先:

R7