

健康診査業務委託料請求書
(肝炎ウイルス検査分)

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)

検 診 種 別		種 類	件数	単価(円)	請求金額(円)
肝炎ウイルス検診	基本型	節目年齢 (40歳以上5歳刻み)		6,206	
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。
- ・ 貴院が記入した内容と市が確認した内容が異なった場合、訂正した内容を記入してお返ししますので、再度ご提出ください

担当者及び連絡先

担 当 者 名 : (連絡先 :)

R7.6~