

様式6

# 請求書

金

円

ただし、令和6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

代表者氏名

発行責任者

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)