

# 請 求 書

金

円

ただし、令和6年度奈良県肝炎検査受診率向上事業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疾病対策課長 殿

医療機関名 \_\_\_\_\_

医療機関住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_

(法人の場合は法人の名称、代表者名を記載のこと。)

(請求書の印鑑は、請求書押印時の印鑑と同一であること。)

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)

代表者印を省略する場合、下記を記載願います (代表者印を押印している場合は省略可)

発行責任者氏名 : \_\_\_\_\_ 連絡先 (電話番号) : \_\_\_\_\_

担当者氏名 : \_\_\_\_\_ 連絡先 (電話番号) : \_\_\_\_\_

※発行責任者氏名と担当者氏名はフルネームで記載願います。

発行責任者氏名と担当者氏名は同一人物でも差し支えありません。