

請求書

一金

円也

(@50,000円

×

日)

令和5年度休日診療在宅当番医制事業委託料について、上記金額を下記内訳に基づき請求いたします。

令和 年 月 日

住所

医療機関名

氏名

印

稲敷医師会長 宮本二郎 殿

※下記口座に振込んで下さい。

金融機関	銀行	支店
預金種別	普通 当座	(○で囲んで下さい。)
口座番号		
(フリガナ)		
口座名義		