

業者コード

支払予定 年 月 日

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

請 求 書

年 月 日

金額	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円

検収 印

ただし 月分:

	品 名	数 量	単 価	金 額	摘 要
1			円		
2			円		
3			円		
4			円		
5			円		
6			円		
7			円		
8			円		
9			円		
10			円		
11			円		
12			円		
13			円		
14			円		
15			円		

上記のとおり請求します

平成 年 月 日

市立御前崎総合病院 様

住 所

氏 名

(名称及び
代表者氏名)

印

合計	
内消費税	()

金融 機関名	銀行 信用金庫 農 協	支店	預金種別 普通・当座・	口座番号	
			口座名義		