和水町歯周病検診事業委託料請求書

年　　月　　日

和水町長　様

実施医療機関名：

㊞

年　　月実施しました和水町歯周病検診の委託料を、次の通り請求致します。

請求額：　　円

【請求内訳】

件数	単価（円）	合計（円）
件	３，７２０円	円

上記の支払いは、次の指定する口座に支払ってください。

金融機関名	銀行・組合 金庫・農協		支店・支所
預金種別	当座・普通	口座番号	
フリガナ 口座名義人			