

令和 年 月 日

所在地

医療機関名

代表者名

印

令和 年 月実施の予防接種に関する委託料として、次のとおり請求します。

内訳

十

金融機関名	銀行	店・支店
口座種別	普通	当座 その他
口座番号		
(フリガナ)		
口座名義人		