

(様式第3号)

令和 年 月 日

太良町長 様

実施医療機関名
所在地
代表者名

印

産婦健康診査業務委託料請求書

令和 年 月分の産婦健康診査業務委託料を下記のとおり請求します。

記

業務内容	委託料単価	件数	金額
産婦2週間健康診査	5,000円	件	円
産婦1か月健康診査	5,000円	件	円
合計		件	円

委託料は次の口座にお振り込みください。

振 込 先	
金融機関名	
支店名	
口座種別	普通 ・ 当座
口座番号 (7桁+)	
口座名義	