マンモグラフィダブルチェック委託料請求書

請求金額			百			千			円

令和　　年　　月分　マンモグラフィダブルチェック委託料を上記のとおり請求します。

令和　　年　　月　　日

（宛先）旭川市長

住　所

検診実施医療機関　名　称

氏　名

印

種　　別	単　　価	件　　数	金　　額
マンモグラフィ ダブルチェック委託料	972		

振込金融機関名		銀　行・信用組合 信用金庫・		本店 支店
口座番号	普 当	振込口座氏名	フリガナ	

注意：請求書は翌月15日までに提出してください。