

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	本店
		信用金庫	支店
口座番号	普 当	振込口座氏名	

注意: 請求書は翌月15日までに提出してください。