

群馬県肝炎ウイルス検査業務委託料請求書

(前橋市民及び高崎市民を除く)

群馬県知事 山本 一太 様

年 月 日

医療機関名
所在地
代表者名
電話番号

印

年 月実施の肝炎ウイルス検査について、下記のとおり委託料を請求します。

請求金額 _____ 円

振込先

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

※ 「群馬県肝炎ウイルス検査受診券(前橋市民及び高崎市民を除く)」を必ず添付してください。

※ 振込先については、年に一度、報告してください。また、振込先金融機関の口座名義人及び口座番号が分かるページの写しを添付してください。以降は、省略可能ですが、変更があった場合にはその都度、報告をお願いいたします。