

(宛先)下関市長

医療機関所在地

医 療 機 関 名

代 表 者 名

帯状疱疹定期予防接種委託料請求書

委託契約に基づき予防接種を実施しましたので、下記金額を請求いたします。

記

1. 請 求 金 額 金 円也
2. 実 施 月 年 月分

振込先	銀 行 信用金庫 組 合	支 店 支 所	口座番号 (普 ・ 当)
	口座名義(フリガナ)		