

令和 年 月 日

風しん予防接種業務委託
(妊娠希望者等)
実績報告書兼請求書
(月分)

田川市長 殿

所在地
医療機関名
管理者名
電話番号

印

添付予診票のとおり、予防接種が完了いたしましたので、下記のとおり請求します。

記

ワクチン	単価	件数	請求額
麻しん風しん混合 (MR)	10,150 円	件	円
風しん	6,590 円	件	円
不可問診	1,500 円	件	円
合 計			円

(振込先金融機関)			口座名義人	
銀行		支店	氏名	
預金種目	普通預金 当座預金	口座番号	氏名	