

鳥取県定期予防接種広域化実施報告書 兼 請求書

年 月 日

〇〇市(町村)長 様

医療機関名  
所在地  
電話  
医療機関の長又は管理者名

印

年 月分を別添のとおり予診票を添付し報告するとともに、これに係る委託料を請求します。

ワクチン種別	委託単価 (円)	接種件数	請求金額 (円)
合計			

※委託単価は、請求先の市町村の圏域契約で定めている金額と同一とする。

振込口座

銀行・信金 信組・農協		支店
普通・当座 (どちらかに〇印)		
口座番号		
フリガナ		
口座名義人氏名		