

西宮市病院事業
管 理 者 様

年 月 日
(弊社請求NO.)

請求書

¥	
内訳: 課税本体価格	円
消費税及び地方消費税の価格	円

但し、

代

上記の通り請求します。また、上記請求代金は下記の預金口座に振込んで下さい。
なお、この口座振替をもって支払の効力を生ずることについて異議ありません。

振 込 先 指 定	指定銀行名	銀行	支店	預金種別
	フリガナ			
	口座名義名			口座番号

請求者 住所

社名(氏名)

(印)

代表者職氏名

(印)