

請 求 書 (兼 納 品 書)

年 月 日

納入場所 医療センター
 安行診療所

(あて先) 川口市病院事業管理者

検査職員 予算執行課・所長

上記以外

 検査結果 合格

支出命令権者

 執行内容 適正

住所

債権者

氏名

金額

円

金額の先頭に¥マークをご記入ください

上記金額を請求します。債権債務者登録した口座へ振替をしてください。

種別及び名称	数量	単価	金 額	検収月日	備 考
小	計				
消	費	税			
合	計				

勘定科目	<input type="checkbox"/> 借方 (款)貯蔵品	貸方 (款)未払金	(項)医業未払金	実施日
	<input type="checkbox"/> 借方 (款)未払金	(項)医業未払金	貸方 現金	