債権者登録番号

債権債務者登録用

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

住所

債権者

氏名

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

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	款	項	目	節	実施日