

(様式7)

広域化予防接種事業実施報告書兼請求書

令和 年 月 日

市町村長 様

所 在 地 _____
医療機関名 _____
電 話 番 号 _____
医師名及び _____
管 理 者 名 _____

令和 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。

記

広域化予防接種事業

ワクチンの種類	年齢区分	委託単価 (円)	接種件数	金 額 (円)
合 計				

振 込 口 座

銀行・信金 信組・農協		支店
普 通 ・ 当 座 (どちらかに○印を)		
口 座 番 号		
フリガナ		
口座名義人氏名		