請求日	平成　　年　　月　　日

請　　求　　書

地方独立行政法人
くまもと県北病院機構 御中
（　　）

取引先名

㊞

〒
住 所:
TEL:

下記の通り、請求いたします。

請求金額:　　（消費税込み）

日付	請 求 内 容	数量	金　額	消費税	税込金額	備考
小　　計						
消 費 税						
合　　計						

〔 振込み先 〕

銀行名		支店名		種別	
口座番号		口座名義			

業者No.		