請　　求　　書

北海道知事　高橋はるみ　　様

平成　　年度緊急臨時的医師派遣事業に係る　　月分報償費を次のとおり請求します。

金　　0　円

［内　訳］

注）点線を中心に上段は、24ヵ月未満（50,000円）、下段は24ヵ月超(25,000円）の欄となっています。

派遣医師氏名	派遣先医療機関名	派遣期間等	報償費算定日数	旅行日数	報償費
					0　円
					0　円
					0　円
					0　円
					0　円
					0　円
					0　円
					0　円
					0　円
					0　円
					0　円
					0　円
					0　円
					0　円
					0　円
					0　円
					0　円
合　計			日	日	0　円

平成　　年　月　　日

住　　所

派遣元医療機関

代表者職・氏名　　印

［振込先口座］

振込金融機関店舗名	
預金種目	普通・当座
口座番号	
口座名義（カタカナ）	