

請 求 書

北海道知事 鈴木直道 様

2019年度緊急臨時的医師派遣事業に係る4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ヵ月以下(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
					0 円
					0 円
合 計			日	日	0 円

令和 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)	