

請 求 書

金 額

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(金額の記載は、アラビア数字を用いその頭部に「〒」を記入してください。)

件 名

希望する支払方法に を記入してください。

口座振込を希望します。

金融機関名	銀行										本店 支店	
預金種別	普通 ・ 当座				口座番号							
口座名義 (カナ)												

現金受領を希望します。

上記の金額を請求します。

年 月 日

住所

氏名

請 求 印

(あて先) 地方独立行政法人福岡市立病院機構 理事長