

令和6年度珠洲市歯周疾患検診請求書

_____月分を以下のように請求します。

請求額 _____円

[内訳]

委託料金単価①	受診者数②	請求額①×②
5,000円	人	円

令和 年 月 日

珠洲市長 泉谷 満寿裕

所在地

名称

代表者

印

振込先

銀行・信用金庫

支店

ふりがな
口座名義

口座番号 (普通・当座)

※歯周疾患検診無料券と歯周疾患検診票（珠洲市控）を添えて請求してください。