

(十和田市)

令和8年度 先天性股関節脱臼検査費用 請求書

請求金額	金	円
------	---	---

検査の内容	単 価	件 数	金 額
先天性股関節脱臼検査	円	件	円

上記のとおり、先天性股関節脱臼検査委託費(月分)を請求します。

令和 年 月 日

医療機関の住所
及び名称
代表者氏名

十和田市長 殿

※請求書の押印を省略する場合は、「発行責任者」と「担当者」の役職・氏名・電話番号を記載してください。

発行責任者の役職・氏名		電話番号	
担当者の役職・氏名		電話番号	