

# 新生児聴覚スクリーニング検査

## 請求書

金 \_\_\_\_\_ 円也

ただし、令和 年 月分 新生児聴覚スクリーニング検査費用として  
上記の金額を請求します。

(内 訳)

検査方法	件数(件)	単価(円)	金額(円)
自動ABR		4,700	
OAE		2,100	
合計			

令和 年 月 日

富士宮市長様

所在地

施設名

代表者名

債権者番号				
口座振込先 金融機関	金融機関名		支店名	
	口座種別	普通・当座	口座番号	
(フリガナ)				
口座名義				