

令和 年 月 日

滝沢市長 武田 哲 様

医療機関名

代 表 者 名

印

滝沢市人間ドック事業業務委託料請求に係る協議について（ ____月実施分）
次のとおり、契約書第4条に基づき協議します。

1 受診者氏名 _____（受診券番号 _____）

2 受診年月日 令和 ____年 ____月 ____日

3 基本項目のうち実施しない項目 _____

4 上記の項目を実施しない理由

5 請求金額

_____ 円

【連絡担当者】

所 属

氏 名

連絡先