

委託料請求書

西条市歯科医師会

在宅歯科医療連携室長 様

在宅歯科医療連携室訪問診療業務に係る委託料を

下記のとおり請求いたします。

¥ _____

年 月 日

歯科医師住所 _____

氏 名 _____ (印)