

請 求 書

令和 6 年 9 月 9 日

様

さいたま市浦和区仲町 3-5-1
一般社団法人 埼玉県医師会
会長 金 井 忠 男
登録番号：T6030005000482



令和 6 年度臨床検査精度管理調査参加費として、下記のとおり請求いたします。

請求金額 金 10,000 円※

(内訳 参加費 10,000 円×1回)

※請求金額には、消費税額 909 円【消費税率 10%】が含まれております。

【参加費振込口座】

●銀 行 口 座 埼玉りそな銀行 さいたま営業部 普通No.0053807

名義 埼玉県医師会臨床検査機関連絡協議会 (サイタマケンイシケンシヨウケンサカンレンラクギョウカイ)

※振込みに係る手数料については、貴施設にてご負担ください。

送金連絡票

令和6年9月 日

埼玉県医師会 管理課（経理担当） あて
(FAX 048-822-8515)

令和6年度臨床検査精度管理調査参加費について、ご送金予定またはご送金が完了しましたら、下記にご記入の上、ファックスにて上記あてにご連絡下さいますようお願いいたします。

記

1. お振り込み日	令和6年 月 日
2. お振込み名義 (カタカナで記入してください)	
3. 貴施設番号※必須	
4. 貴施設名	
5. お振込み金額	円

※参加費を、複数の参加施設分まとめてお支払いいただく場合は、内訳(参加施設名と施設番号)を必ずご記入下さい。
例：名義 実際に振込した施設名カタカナで
貴施設名 ○○病院、○○病院▽▽分院
貴施設番号 100、105
お振込み金額 2施設分 20000円

※お振込みいただきました費用につきまして、振込名義が違う場合または、貴施設名が入っていても名義が長く、すべてが印字されない場合があります。振込人名義の特定できず、未納になってしまう場合がございますので、本連絡票を必ずお送りくださいますよう、お願いいたします。

問合せ先：埼玉県医師会 業務課 黒木
送付先：埼玉県医師会 管理課（経理担当）
〒330-0062
さいたま市浦和区仲町 3-5-1
TEL 048-824-2611 / FAX 048-822-8515