

# 見積書

令和 年 月 日

地方独立行政法人香取おみがわ医療センター 理事長 寺野 彰 様

以下のとおり、見積り申し上げます。

見積金額 (税込)	
--------------	--

住 所  
会 社 名  
代表者職名  
電話番号  
登録番号

令和 年 月分

税率区分	課税対象額	消費税額	合 計

納品場所：香取おみがわ医療センター

No.	品名 (規格)	税率区分	数量	単価 (税抜)	金額 (税抜)	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
					課税対象額	
					消費税額	
					合 計	

# 納品書

令和 年 月 日

地方独立行政法人香取おみがわ医療センター 理事長 寺野 彰 様

以下のとおり、納品いたしました。

納品金額 (税込)	
--------------	--

住 所  
会 社 名  
代表者職名  
電話番号  
登録番号

令和 年 月分

税率区分	課税対象額	消費税額	合 計

納品場所：香取おみがわ医療センター

No.	納品日	品名 (規格)	税率区分	数量	単価 (税抜)	金額 (税抜)	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
						課税対象額	
						消費税額	
						合 計	

# 請 求 書

令和 年 月 日

地方独立行政法人香取おみがわ医療センター 理事長 寺野 彰 様

以下のとおり、請求いたします。

請求金額 (税込)	
--------------	--

住 所  
会 社 名  
代表者職名  
電話番号  
登録番号

令和 年 月分

税率区分	課税対象額	消費税額	合 計

納品場所：香取おみがわ医療センター

No.	品名 (規格)	税率区分	数量	単価 (税抜)	金額 (税抜)	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
					課税対象額	
					消費 税 額	
					合 計	

## 振込口座

金融機関：  
口座番号：  
刀がナ：  
口座名義：