

管理職メンタルヘルス相談料請求書

令和 年 月 日

公立学校共済組合徳島支部長 殿

医療機関名：

代表者氏名：

登録番号：

郵便番号：

医療機関住所：

電話番号：



管理職メンタルヘルス相談料を次のとおり請求します。

記

1 面談経費

円

課税対象額 (10%対象) (円)

消費税額 (円)

2 口座振替先

(1) 金融機関名 _____ 銀行 _____ 支店

(2) 口座名義人 (フリガナ)

(氏 名)

(3) 口座種別 当座・普通

(4) 口座番号 _____