支　出　決　議　書

発　議	令和　　年　　月　　日

会　長	理 事 長	総務部長	経理部長	部　長	事務長	課　長	係　長	担当者

令和　　年度	¥	支払方法	現　金 銀　行

会計区分	一 般 会 計	課 非	病院特別会計	老人保健特別会計	特 別 会 計

大 科 目		中 科 目		監査	

支出区分	

請　求　書

請求金額　¥

月	日	品　名　等	数量	単価(円)	金額(円) (税抜)	税区分	備　考

10%対象(税抜)　　消費税額

軽減 8%対象(税抜)　　消費税額

合　計

一般社団法人新潟県労働衛生医学協会　御中

令和　　年　　月　　日

上記金額を請求します。

〒　　－

事業所コード

住所

請求者

氏名　　㊞

登録番号　T

【振込先口座】　銀行　　支店　　普・当　　口座番号

口座名義

◆ 請求者は太線内の事項について記載してください。

一般社団法人新潟県労働衛生医学協会