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)	税区分	備 考
		令和　　年　　月分　別紙のとおり					
		(　　～　　)					

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

請求者　住所

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