

年 月 日

請 求 書

金 円

佐賀県知事 様

受託者 法人所在地
法人の名称
代 表 者

㊞

年 月 日付で契約を締結しました介護雇用プログラム（社会福祉人材育成事業）委託業務にかかる委託料を上記のとおり請求します。

振込先口座
銀行名
支店名
口座種別
口座番号
名義人（フリガナ）