

納 品 書

No. _____
 ○○年○月○日

独立行政法人 地域医療機能推進機構 滋賀病院 御中
 (適格請求書発行事業者登録番号)
T6040005003798

業者名	貴社名	印
住所	貴社 住所	
TEL	貴社 電話番号	
FAX	貴社 FAX番号(お持ちの場合のみ記入)	
	(適格請求書発行事業者登録番号)	
	T インボイス制度に登録の場合のみ記入	

合計 900 円【税抜】

物品コード	メーカー名	品名・規格	製品番号	数量	単価 (税抜)	金額 (税抜)	税率	受領者印
こちらは記入例です。								
	〇〇商事	マスク		3	300	900	10%	
合計(税抜)						900		