

糖尿病等重症化予防プログラム 参加・不参加の確定のお知らせ 兼 文書作成料 請求書

●●病院 ▲▲先生 (計■人)

ご参加が確定された方 様・ 様
定員超過のため、ご参加いただけない方 様・ 様

この度は生活指導確認書のご記入に、ご協力いただきありがとうございました。
以下の請求書にご記入いただき、同封の返信用封筒に入れてご返送ください。
(書類のご返送後 1 ～ 2 か月後にご指定の口座へお振込みいたします。)

請 求 書

令和 ____年 ____月 ____日

株式会社データホライゾン様

円 (税込)

大東市の「糖尿病性腎症重症化予防プログラム」に係る「生活指導確認書」
文書作成料として

医療機関名・代表者名 ⑩

■お振込先 銀行口座記入欄

ご指定口座	金融機関名				支店名		
	銀行 信用金庫 信用組合 農協				支店 支所 出張所		
預金種目	1. 普通・総合 2. 当座	口座番号 (数字のみを右づめでご記入ください)					
フリガナ							
口座名義人							

■文書作成料に関する請求先／お問い合わせ先■ 株式会社データホライゾン
住所：大阪市浪速区難波中 3-5-2-6F TEL：06-4395-5736