

年 月分 公害調剤報酬請求書 (薬局用)

区 分	件 数	金 額
請 求 額		円
※決 定 額		円

上記のとおり請求する。

年 月 日

薬 局 コ ー ド

公害医療機関 { 所在地
 { 名 称

開設者の氏名又は名称



(あて先) 千葉市長