

請 書

契 約 件 名 _____

契 約 金 額 _____ (税込み)

履 行 期 限 令 和 年 月 日

上記のとおり契約し、履行することをお請けいたします。

令 和 年 月 日

住 所

氏 名

印

印

分任支出負担行為担当官

国立障害者リハビリテーションセンター

自立支援局神戸視力障害センター庶務課長 殿