様式第３号（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

請　　求　　書

　　金　　　　　　　　　　円

　　休日等診療体制確保支援事業協力金として、上記のとおり請求します。

令和　　年　　月　　日

　　静岡県知事　氏　　　名　様

所　　 在　　 地

（開設者）名　　　　　　称

代表者役職・氏名

責任者　職・氏名

　担当者　職・氏名