（様式第８号の２）

 　　年 　 月　 日

　　公益財団法人　滋賀県産業支援プラザ

 　　　理事長　殿

 住　所

 氏　名 　印

成長重視伴走支援事業　診断助言にかかる謝金請求書（免税）

　　　さきに実施しました診断助言については下記のとおりですので、謝金をお支払い下

　　さるようお願いします。

記

　　　（　フリガナ　）

　１．　専門家氏名

 ２．　実　施　先

 ３．　実　施　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  内訳 |  | 　　年　　月　　日　　　　　　年　　月　　日 |  |  |
|  |  　　　　年　　月　　日　　　　　　年　　月　　日 |  |
|  |  　　　　年　　月　　日　　　　　　年　　月　　日 |  |
|  |  　　　　年　　月　　日　　　　　　年　　月　　日 |  |
|  |  | 　　年　　月　　日　　　　　　年　　月　　日 |  |  |

 ４．　金　　　額 合計 　 円

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  ５．　振込先口座 | 金融機関名 | 　　　　　　　　　（銀行番号：　　　　　） |  |
|  | 支店名 | 　　　　　　　　　（支店番号：　　　　　） |  |
|  | 科目 |  普通預金 ・ 当座預金 |  |
|  | 口座番号 |  |  |
|  | 名義 |  |  |

以上