# 承　諾　書

平成　　年　　月　　日

申請者　　住　　所

医病院名

氏　　名　　㊞

医療機関コード

第４７回北九州市小倉医師会従業員表彰の記念品代の一部を下記のとおり負担することを承諾します。なお、この金額について４月診療報酬より控除されることを了承します。

| 区　分 | 記念品額 | 医療機関<br>負担額 | 被表彰者 | 医療機関負担額合計 |
|---|---|---|---|---|
| １５年 | 6,000 円 | 2,000 円 | 人 | 円 |
| ２５年 | 10,000 円 | 3,000 円 | 人 | 円 |
| ３５年 | 15,000 円 | 5,000 円 | 人 | 円 |
| 合　計 | | | | 円 |