

請求書

一般社団法人産後セラピー協会 御中

年	月	末日
---	---	----

住所
氏名
TEL

■勤務実績 (A)

日付	区分	顧客名	開始時間	終了時間	実働 15分単位	報酬時間 単価	小計	出張費	支払方法	受取金額 (pay/現金)
例 11/25	港	山田花子	9:00	15:00	6	1400	8,400		(お客様の払い)	1500
1									Pカ振他	
2									Pカ振他	
3									Pカ振他	
4									Pカ振他	
5									Pカ振他	
6									Pカ振他	
7									Pカ振他	
8									Pカ振他	
9									Pカ振他	
10									Pカ振他	
11									Pカ振他	
12									Pカ振他	
13									Pカ振他	
14									Pカ振他	
15									Pカ振他	
					小計A					

■その他 (B)

日付	適用	個数	単価	小計	備考
1					
2					
3					
4					
※立替金はここに記入しないでください		小計B			

【振込先】 銀行/支店 口座番号 (普通) 名義 (カナ)

請求額(税込)： (A) + (B) + 出張費
消費税： (内税) 10%
別途立替金
振込額 (請求額+別途立替金)

※翌月5日までに原本をメールに添付して送ってください アドレス⇒ sango.therapy+g002@gmail.com
 (手書きの場合は原本を事務所宛に郵送お願いします)