提出日：　　　年　　　月　　　日

獨協医科大学

経理課　宛

適格請求書発行事業者登録番号通知書

|  |  |
| --- | --- |
| 適格請求書発行事業者登録番号 | 　　　**Ｔ** |

|  |  |
| --- | --- |
| 貴社名 |  |
| ご所属部署 |  |
| ご担当者名 |  |
| ご連絡先(電話番号又は携帯番号) |  |

通知方法：下記のいずれかの方法により、ご通知願います。

①ＦＡＸ　：　0282-86-5678

②メール　：　keiri@dokkyomed.ac.jp

③本学来学時に提出