# 請　求　書

御中

ご担当：　　様　　請求日　　年　月　　日

**件名：　フルハーネス墜落制止用器具特別教育差分研修代**

下記のとおり、ご請求申しあげます。

株式会社　ｖａｌｌｅｙ ｕｐ
〒502-0916
岐阜市西中島3-2-9

TEL：　058-215-5871
FAX：　058-215-5872
担当：　田中

**合計金額　　¥5,000**　（税込）　　お支払期限：

| No. | 摘要 | 数量 | 単価 | 金額 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | フルハーネス墜落制止用器具特別教育差分研修代 | 1 | 5,000 | ¥5,000 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | 小計 | | ¥5,000 |
| | | | | |
| | | 合計 | | **¥5,000** |

お振込先
大垣共立銀行　島支店
普通
0249217
カ．バリーアップ

| 備考 | |
|---|---|