

眼球摘出・搬送経費精算書

1 ドナー氏名等

ドナー氏名		登録番号	
摘出日時	平成 年 月 日	AM・PM	時 分
搬送終了日時	平成 年 月 日	AM・PM	時 分
告別式日時	平成 年 月 日	AM・PM	時 分

2 経費内訳

区分	単価	員数	金額	備考
摘出医謝金	10,000円	件	円	
摘出医交通費	/	/	円	
眼球搬送経費	/	/	円	
花輪	円	基	円	
郵送料	円	通	円	
	円		円	
合計			円	

※証拠書類（領収書・振込証明書等）の原本を添付してください。

以上のとおりですから、眼球斡旋に要した経費の精算をしてください。

平成 年 月 日

公益財団法人 長野県アイバンク・臓器移植推進協会理事長 殿

ライオンズクラブ名 _____

担当献眼委員氏名 _____

印

振 込 先	金融機関名		支店名	
	口座番号	普通 ・ 当座		
	(ふりがな) 口座名義			