支払証明書

支　払　日　　年　　月　　日

支　払　先

金　　額　　￥

支払実施者

支　払　理　由

＊上記の支払いを承認したことを証明します。

会計責任者		

（　備　考　）

一般社団法人三重県作業療法士会