**様式－19**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受 注 者 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　下記のとおり支給品を精算します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | 契約年月日 | | 平成　年　月　日 |
| 品　　　　　　目 | | 規　　格 | 単  位 | 数　　　　　量 | | | | 備　　　　考 |
|  |  | |  |
|  | |  |  |  |  | |  |  |
| 主任監督員 |  | 上記精算について調査したところ事実に相違ないことを  証明する。  　平成　　年　　月　　日  　　　　　　　　職氏名　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | 受払簿記入  平成　年　月　日 |
|  |  |
| 副監督員 |
|  |

2-25