**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