給付完了届

発注番号						
件名	品名・規格	数量	単位	単価	金額	
					¥ (10%対象¥) (8%対象¥) (消費税等 ¥ を含む。)	

上記の給付が完了しました。

年 月 日

契約責任者 殿

(住所)

(会社名)

(代表者氏名)

本件責任者又は担当者(部署名・氏名)

連絡先(TEL又はe-mail address)

契約日	納(工)期	納入(引渡)等場所	
合 否		検査職員	検査員
検査合格日			
監督職員			
備考	国立印刷局担当者(氏名)		

(A4)

- (注) 1 契約者は、二重線から上の欄のみ記入すること。ただし、発注番号欄は記入を要しない。
なお、押印を省略する場合は、本件責任者又は担当者の氏名及び連絡先を記載すること。
2 検査職員が当該検査に対し特に所見がある場合は、備考欄に記載すること。
3 給付の完了前に代価の一部を支払う必要のある契約に係るものの検査について、既済及び既納の年月日並びに部分払の限度額を備考欄に記載すること。
4 不合格後の再検査により検査合格とした場合には、その経緯等を備考欄に記載すること。
5 検査職員及び検査員欄には、検査職員及び検査員の氏名を記載すること。