

滋賀県風しん抗体検査実績報告書兼請求書

滋 賀 県 知 事 様
大 津 市 長 様

所在地

医療機関名

代表者名

印

連絡先

年 月分の風しん抗体検査が完了しましたので、下記のとおり請求します。

記

1) 請求額

検査項目	一件あたりの料金	件数	合計
風しん抗体検査 (EIA 法)	6, 8 0 0 円		
風しん抗体検査 (HI 法)	5, 4 1 0 円		
請 求 金 額			

2) 振込先情報

金融機関名		支店名	
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義人			

※風しん抗体検査申込(問診)票(様式3)の写しを添付すること