

(様式第4号)

年 月 日

風しん抗体検査委託料 請求書

鹿児島県知事

殿

〒

所在地

医療機関

代表者名

印

委託契約に基づく風しん抗体検査を実施したので、下記のとおり請求します。

記

請求金額 金 _____ 円

(内訳)

単 価 (A)	実施人数 (B)	委 託 料 (A) × (B)
EIA法 6,750円	人	円
HI法 5,480円	人	円

振込先

金融機関名・支店名 _____

(普通 ・ 当座) □座番号 _____

(フリガナ)

□座名義 _____