

風しん抗体検査委託料請求書兼内訳書

3-3

(医療機関控用)

(平成 年 月分)

検査方法	委託単価	件数	金額
E I A 法	6,600円	件	円
H I 法	5,090円	件	円
合計		件	円

(内訳書記入方法)
①翌月初めに1か月の集計をしてください。

②検査方法ごとに、受検者数を記入してください。

風しん抗体検査委託料を上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

所在地及び名称
代表者氏名

鹿児島市長 殿

(キリトリ線1)

医療機関→市[県]医師会

風しん抗体検査委託料請求書兼内訳書

3-2

(市[県]医師会控用)

(平成 年 月分)

検査方法	委託単価	件数	金額
E I A 法	6,600円	件	円
H I 法	5,090円	件	円
合計		件	円

(内訳書記入方法)
①翌月初めに1か月の集計をしてください。

②検査方法ごとに、受検者数を記入してください。

風しん抗体検査委託料を上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

所在地及び名称
代表者氏名

鹿児島市長 殿

(キリトリ線2)

医療機関→市[県]医師会→市保健所

風しん抗体検査委託料請求書兼内訳書

3-1

(保健所提出用)

(平成 年 月分)

検査方法	委託単価	件数	金額
E I A 法	6,600円	件	円
H I 法	5,090円	件	円
合計		件	円

(内訳書記入方法)
①翌月初めに1か月の集計をしてください。

②検査方法ごとに、受検者数を記入してください。

風しん抗体検査委託料を上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

所在地及び名称
代表者氏名

鹿児島市長 殿

印