

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)

検査方法	委託単価	件数	金額
E I A 法	6,750円	件	円
H I 法	5,480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。

令和 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)

検査方法	委託単価	件数	金額
E I A 法	6,750円	件	円
H I 法	5,480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。

令和 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→鹿児島市

風しん抗体検査委託料請求書兼内訳書

3-1

(鹿児島市提出用)

(令和 年 月分)

検査方法	委託単価	件数	金額
E I A 法	6,750円	件	円
H I 法	5,480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。

令和 年 月 日

所在地及び名称
代表者氏名

鹿児島市長 殿

押印を省略する場合は、記入してください。

(担当者：氏名

電話

)