

(様式第3号)

令和 年 月 日

一般社団法人福井県医師会長 様

医療機関 名 称

代表者

福井県風しん抗体検査実施要綱に基づく
風しん抗体検査実績報告書兼請求書

令和 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

検査種類	1件当たりの料金 (a)	件数 (b)	計 (a × b)
H I 法	5, 5 4 0 円	(c)	円
E I A 法	6, 7 5 0 円	(d)	円
合 計		(c + d)	円

2 検査結果および予防接種実施結果

検査項目	受検者数 (e)	(e) のうち、抗 体価が低い者 (f)	(f) のうち、予 防接種を受けた者
H I 法	(c)		
E I A 法	(d)		

振込先	銀行 支店
口座番号	普通 ・ 当座
フリガナ	
口座名義	

(押印を省略する場合は記載してください)

発行責任者氏名

担当者氏名

連絡先(電話番号)