

平成31年度埼玉県風しん抗体検査実施状況報告書兼請求書

金額の記入は3か所

請求金額 ¥10,700- (消費税及び地方消費税を含む)

(内訳)

検査方法	委託単価(円) (消費税及び地方消費税を含む)	検査件数	金額(円)
HI法抗体検査	5,350	2	¥10,700-
EIA(IgG)法抗体検査	6,740		
合計			¥10,700-

検査委託料を上記のとおり請求しますので、下記の口座に振り込んでください。

○年 ○月 ○日

(あて先) 埼玉県知事
(保健医療部保健医療政策課)

検査実施医療機関

所在地 〒

医療機関が法人の場合の記入例

〒330-9301 さいたま市浦和区高砂3-15-1
医療法人 彩庁会 彩の国医院

電話番号

理事長 彩之 國男

医療機関名

048-830-3557

代表者名

(認印は、ヤチハタは不可。)

代表者印が必要です

振込口座

金融機関名	彩の国	銀行	浦和駅前	支店出張所
預金種目	普通・当座			
口座番号	No. 0000001			
ふりがな 口座名義	(ふりがな) イ)サイチョウカイ (口座名義) 医療法人 彩庁会			

提出期間

添付書類を確認！特に検査結果票

添付書類

- ① 検査結果等が記入済みの埼玉県風しん抗体検査申込書兼結果通知書(様式1)(写し可)
- ② 検査機関が発行した検査結果票(写し可)

送付先

〒330-9301 埼玉県さいたま市浦和区高砂三丁目15番1号
埼玉県保健医療部保健医療政策課 感染症・新型インフルエンザ対策担当