

鳥取県風しん抗体価検査請求書

西部総合事務所長 様

住 所
医療機関名
代表者名
電話番号

印

年 月分の風しん抗体価検査が完了しましたので、下記のとおり請求します。

記

検査項目	委託料／1件 (消費税含む)	件数	合 計
HI 法、LTI 法	5,480 円		
EIA 法、ELFA 法、CLEIA 法、FIA 法、CLIA 法	6,750 円		
請 求 金 額			円

下記の口座に振込をお願いします。

金融機関名	
店 舗 名	
預 金 種 別	1. 普通 2. 当座
口 座 番 号	
(フリガナ) 口 座 名 義	