

(宛先) 秋田県知事

医療機関所在地

医 療 機 関 名

開 設 者 名

代表者職・氏名

印

(電話番号

)

秋田県風しん抗体検査委託料請求書

秋田県風しん抗体検査事業委託契約書第 8 条 1 項の規定により次のとおり委託料を請求します。

請求金額 _____ 円

請求内訳

実施月 令和 年 月

検査月	検査件数 (A)	単価 (B)	金額 (A) × (B)	備考
(~R6.5.31) 令和 6 年 月	件	6, 0 2 8 円	円	
(R6.6.1~) 令和 年 月	件	6, 0 9 4 円	円	
合計	件		円	

※「実施月」は、検査結果を対象者に通知した件数を計上すること

口座振込先

金融機関名	(		)	店舗名	(		)
預金種別	(	1 普通、	2 当座、	3 その他)			
口座番号							(右づめ)
口座名義	(						) (カタカナ書き)