

(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
(~R8.5.31) 令和 年 月	件	6,094円	円	
(R8.6.1~) 令和 年 月	件	6,116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	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								(右づめ)
口座名義	() (カタカナ書き)								