

(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	検査件数 (A)	単価 (B)	金額 (A)×(B)	備考
令和 年 月	件	6,028円	円	

※「検査件数」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)