

様式 4

令和 年 月 日

(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	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> (右づめ)							
口座名義 (_____) (カタカナ書き)								