

越谷市風しん抗体検査実施状況報告書兼請求書

請求金額 円 (消費税及び地方消費税を含む)

(内訳)

検査方法	委託単価(円) (消費税及び地方消費税を含む)	検査件数	金額(円)
HI法抗体検査	5,540		
EIA(IgG)法抗体検査	6,750		
合計			

■この報告書兼請求書に、必ず、次の①、②の書類を添付して下記の送付先に郵送してください。

①検査結果等が記入済みの「越谷市風しん抗体検査申込書兼結果通知書(様式1)」(写し可)

②検査機関が発行した検査結果票(写し可)

検査委託料を上記のとおり請求しますので、下記の口座に振り込んでください。

令和 年 月 日

(あて先) 越谷市長 (越谷市保健所感染症保健対策課)

検査実施医療機関 所在地

電話番号

医療機関名

代表者名

※債権者登録番号の記載がある場合には、下記口座情報の記入は不要です。

債権者登録番号	
---------	--

振込口座

金融機関名	銀行	支店出張所
預金種目	普通・当座	
口座番号	No.	
ふりがな 口座名義	(ふりがな)	
	(口座名義)	

〈この報告書兼請求書の送付先〉
〒343-0023 越谷市東越谷10-31
越谷市保健所 感染症保健対策課