

和歌山県風しん抗体検査実績報告書兼請求書

和歌山県知事様

所在地
医療機関名
代表者名
連絡先

印

年 月分の風しん抗体検査が完了しましたので、下記のとおり請求します。

記

1) 請求額

検査項目	1件あたりの料金	件数	合計
E I A 法	円		
H I 法	円		
請求金額			

2) 理由

検査の対象者	件数
☐ 妊娠を希望する女性	
☐ 妊娠を希望する女性の配偶者	
☐ 風しんの抗体価が低い妊婦の配偶者	
合計	

(振込先金融機関)

銀行		支店	口座名義人
普通預金 当座預金 貯蓄預金	口座 番号		フリガナ 氏名