様式４

令和　　年　　月　　日

**滋賀県風しん抗体検査実績報告書兼請求書**

　滋　賀　県　知　事　　様

　大 　津 　市　 長　　 様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (法人名含む)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　医療機関所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　発行責任者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※代表者名と発行責任者は同一人物で可能ですが、**それぞれ記入**が必要です。

**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）検査結果の通知 □検査結果を受検者へ伝えます。

□検査結果を受検者へ伝える予定はありません。

２）請求額　　　　※合計件数および合計金額も御記載ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検査項目 | 一件あたりの料金 | 件数 | 合計 |
| **風しん抗体検査（EIA法）** | **6,750円** |  |  |
| **風しん抗体検査（HI法）** | **5,540円** |  |  |
| **請　求　合　計** |  |  |  |

３）振込先情報　　※変更がない場合でも**必ず**御記載ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| （フリガナ）  口座名義人 |  | | |
|  | | |

※風しん抗体検査申込(問診)票(様式３)の写しを添付してください