

# 島根県風しん抗体検査業務請求書

令和 年 月 日

島根県医師会長 様

請求者 (住所)  
(法人名・医療機関名)

(代表者名) 印

医療機関番号 \_\_\_\_\_

島根県風しん抗体検査業務実施要領に基づく委託料として下記代金を請求します。

記

金 \_\_\_\_\_ 円

年 月分内訳

項目	単価	件数	合計
風しん抗体検査	3,670 円	件	円
消費税	-	-	円
合計	-	-	円

## 振込口座

銀行・信金 信組・農協		支店
普通・当座		(どちらかに○をつけてください)
口座番号		
フリガナ		
口座名義人氏名		

※振込口座欄は、1回目の請求時の記載内容に変更がない場合、2回目以降の請求時には記載する必要はありません。