

風しん抗体委託検査費用請求書

様

住 所

医療機関名

代表者名

令和 年 月分の風しん抗体委託検査費用について下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 _____ 円
(検査件数 _____ 件)

2 振込先

金融機関	銀行 金庫 組合 店
科 目	普通預金 当座預金
口座番号	
口座名義人	-----