

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

印

平成 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 | ----- |