様式第２号

令和　　年　　月　　日

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　　店 組合
科　　目	普通預金　　当座預金
口座番号	
口座名義人	----------