

様式 4

年 月 日

盛岡市長 様

所在地

法人名

医療機関名

代表者職・氏名

印

### 盛岡市風しん抗体検査実施に係る請求書

風しん抗体検査に係る 年 月分の委託料として、次のとおり請求（報告）いたします。

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

内訳	検査方法	検査件数 (A)	単価 (B)	金額 (A)×(B)	備考
風しん抗体検査	H I 法	件	6,028 円	円	
	E I A 法	件	6,750 円	円	
合計		件		円	

振込先

銀行	支店	普通・当座	口座番号
口座名義人	(フリガナ)		

※ 添付書類：様式 1 盛岡市風しん抗体検査申込書（問診票）