

(別紙様式)

鳥取市保健所麻しん抗体価検査請求書

鳥取市長 様

住 所

医療機関名

代 表 者 名

印

年 月分の麻しん抗体価検査が完了しましたので、下記のとおり
請求します。

記

検査項目	委託料／1件 (消費税含む)	件数	合 計
E I A法、中和法、 F I A法	6,750 円		
請 求 金 額			円