

(別紙様式)

鳥取市保健所風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 月分の風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
H I 法、L T I 法	5,540 円		
E I A 法、E L F A 法 C L E I A 法 F I A 法、C L I A 法	6,750 円		
請 求 金 額			円