

## 千葉市風しん抗体検査等事業 実施報告書兼請求書

(                      年                      月実施分 )

### 抗体検査

検査方法	実施人数	単価 (税込)	請求額
HI 法・LTI 法	人	月～金曜日 8時～18時 または 土曜日 8時～12時	5,423 円
	人	上記以外の時間	5,973 円
EIA 法・ELFA 法・ CLEIA 法・FIA 法	人	月～金曜日 8時～18時 または 土曜日 8時～12時	6,952 円
	人	上記以外の時間	7,502 円
合計	人		円

「風しん抗体検査申込書 (様式第1号)」を添付してください。

上記のとおり、報告 (請求) します。

千葉市長 様

年            月            日

医療機関名

住                      所

代表者職名・氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(※) 法人の場合は、記名押印してください。

法人以外でも、本人 (代表者) が手書きしない場合は、記名押印してください。