

# 風しん抗体検査及び予防接種委託料請求書

年 月 日

平 川 市 長 殿

所 在 地  
医療機関名  
代 表 者 名

印

年 月実施の風しん抗体検査及び予防接種に係る委託料として、  
次のとおり請求します。

請求金額  ¥   円

## 1 内訳

種 類	人 数	単価（円）	金 額
抗体検査			
MR混合			
風しん			
計			

## 2 振込先

金融機関名	銀行	本 ・ 支店
口座種別	普通 当座	その他
口座番号		
(フリガナ)		
口座名義人		