

別紙様式2

平成 年 月 日

公益社団法人 岡山県医師会 宛て

所在地
医療機関名
代表者

印

風しん抗体検査助成事業の実績報告書兼請求書

(平成 年 月分 ~ 月分)

標記のことについて、次のとおり関係書類（別紙1、2及び風しん抗体検査申込（問診）票）を添えて報告するとともに、経費として、次のとおり請求します。

記

_____ 円
(消費税額及び地方消費税の額を含む。)

(内訳)

	検査方法	件数 (件)	単価 (円)	金額 (円)
月分	H I 法			
	L A 法			
	E I A 法			
月分	H I 法			
	L A 法			
	E I A 法			
月分	H I 法			
	L A 法			
	E I A 法			
合計				

※四半期ごとに取りまとめて、翌月10日までに岡山県医師会へ提出する。