

第 年 月 日 号

(公社)岡山県医師会長 様

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  
( 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(公社)岡山県医師会へ提出すること。

※文書番号を付番する制度がない実施医療機関は、右上の「第 号」は省略可。