

高松市風しん抗体検査・風しん予防接種事業完了報告書

(第 四半期分 ・ 月～ 月分)

(宛先)高松市長

医療機関所在地

医療機関名

代表者氏名

風しん抗体検査・風しん予防接種事業の上記期間分について、次のとおり業務が完了しましたので、報告します。

検査実施月	検査件数		単価	請求額	備考
月分	抗体検査	様式第3号 抗体検査 問診票	HI法	件 6,094 円	円
			EIA法	件 7,425 円	円
	予防接種	様式第3号 予防接種 受診券	MR混合	件 7,070 円	円
			単独	件 5,010 円	円
		様式第4号 予防接種 受診券	MR混合	件 7,070 円	円
			単独	件 5,010 円	円
月分	抗体検査	様式第3号 抗体検査 問診票	HI法	件 6,094 円	円
			EIA法	件 7,425 円	円
	予防接種	様式第3号 予防接種 受診券	MR混合	件 7,070 円	円
			単独	件 5,010 円	円
		様式第4号 予防接種 受診券	MR混合	件 7,070 円	円
			単独	件 5,010 円	円
月分	抗体検査	様式第3号 抗体検査 問診票	HI法	件 6,094 円	円
			EIA法	件 7,425 円	円
	予防接種	様式第3号 予防接種 受診券	MR混合	件 7,070 円	円
			単独	件 5,010 円	円
		様式第4号 予防接種 受診券	MR混合	件 7,070 円	円
			単独	件 5,010 円	円
合計	抗体検査	HI法	件 6,094 円	円	
		EIA法	件 7,425 円	円	
	予防接種	MR混合	件 7,070 円	円	
		単独	件 5,010 円	円	

※押印の省略により、訂正印での訂正ができませんので、書き損じの場合は、書き直しをお願いします。
 ※年度を越えた分の請求はできません、必ず**年度内(3月31日まで)**に完了し、期限内の報告をお願いいたします。