様式４

風しん抗体検査実施報告書兼請求書

風しん抗体検査に係る　　　　年　　　　月実施分について、次のとおり報告します。

　　（内訳）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　 | 判定　HI法（EIA法） | 計 |
| 8倍未満（陰性又は判定保留） | 8倍・16倍（8.0未満） | 32倍以上（8.0以上） |
| 件　数 | HI法 | 件 | 件 | 件 | 件 |
| EIA法 | 件 | 件 | 件 | 件 |

　「風しん抗体検査申込票（茨城県控）」（様式３）を添付すること

ついては、風しん抗体検査に係る　　　　年　　　　月実施分について、次のとおり請求します。

 請求金額 円

　　（内訳）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 検査項目 | 検査方法 | 委託単価（税込） | 件数 | 金額 |
| 風しん抗体検査 | HI法 | 　５，４２３円 | 件 | 円 |
| EIA法 | 　６，９５２円 | 件 | 円 |

　　令和　　年　　月　　日

　茨城県知事　　　大井川　和彦　　殿

医療機関　　所 在 地

電話番号

名　　称

　　　　　　　　　　　　　　請求者氏名（法人の場合、法人名及び代表者名）

代表者名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込口座 | 金融機関名 | （　　　　　　　支店） |
| 預金種目 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 | Ｎｏ． |
|  |  |

※この様式は茨城県感染症対策課のホームページから印刷できます。