

(別紙様式 1)

兵庫県妊娠を希望する女性等に対する風しん抗体検査業務 実施状況報告書兼請求書

日付を忘れずに
記入して下さい

年 月 日

兵庫県知事 様

住 所
団 体 名
代 表 者 名
電 話 () - 番
電 子 メール

兵庫県妊娠を希望する女性等に対する風しん抗体検査業務委託契約書第16条第1項の規定に基づき、下記のとおり報告するとともに委託料を請求します。

記

1 _____月 実施分

6, 259 × (a) になっている
か確認して下さい

2 請求額 金 (1) + (2) 円

3 実施件数及び請求額の内訳

(1) 検査費

検査費計 5,540 × (a) 円 × 110 / 100 = (1) 円

検査項目	実施単価	実施件数	検査費
ウイルス抗体価による方法 (HI法)	5,540円	(a)件	5,540 × (a)円

(2) 事務処理費

検査件数 (a) 件 × 150円 × 110 / 100 = (2) 円

4 添付書類

「兵庫県風しん抗体検査（妊娠を希望される方々等対象）申込書・個人票」写し