

# 風しん抗体検査完了報告書 (兼口座振込依頼書)

藤沢市長

年 月 日

所在地

医療機関

名 称

氏 名

\_\_\_\_\_月に実施した風しん抗体検査について、次のとおり報告します。

区 分	件 数			単 価	金 額
	男	女	計		
HI法					円
EIA法					円
合 計					円

上記についての委託料は、つぎのとおり振り込んでください。

※藤沢市に登録している  
「債権者コード」がある場合は  
コード番号を記載。

債権者コード

※「債権者コード」がない場合は、次の欄も記載してください。

振込先	銀行 信用金庫 農業協同組合					支店
	種 目	普 通 当 座	口座番号			※ 右づめ
口座名義	フリガナ					
	フリガナ					

※提出期限は、毎月10日(当日が土日祝日の場合は前開庁日)必着です。

期限を過ぎたものは、次回の支払いになりますのでご注意ください。

※債権者の通帳には、保健予防課の課名(カナ略称)が印字され振り込まれます。

保健予防課分で、他の振込がある場合には合算して振り込まれます。