

(様式3)

年 月 日

愛媛県知事 様

(請求者)

所在地

氏名 (法人にあつては、法人名及び代表者職・氏名)

印

愛媛県肝炎ウイルス検査委託料請求書

金 \_\_\_\_\_ 円也

|                    |    |
|--------------------|----|
| ただし、B型及びC型肝炎ウイルス検査 | 件  |
| (うち、核酸増幅検査実施分      | 件) |
| B型肝炎ウイルス検査         | 件  |
| C型肝炎ウイルス検査         | 件  |
| (うち、核酸増幅検査実施分      | 件) |