

姫路市風しん予防接種助成事業
抗体検査実施報告書

年 月分

1 医療機関 所在地 _____
名 称 _____

2 振込先 (□前回から変更がない場合✓してください。)

振込先 _____ 銀行 _____ 本店・支店・出張所 普通・当座・その他 (_____)

口座番号 _____

口座名義 _____

(フリガナ) _____

3 件数

姫路市風しん抗体検査受診券の枚数

_____ 件

※貴院で実施した風しん抗体検査の件数を記載し、「姫路市風しん抗体検査受診券」を添付し提出してください。