

(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
B型肝炎ウイルス検査	件
C型肝炎ウイルス検査	件