

(提出期限：実施の翌月 10 日まで)

年 月 日

福岡市長 様
市区町村番号

4	0	1	3	0	7
---	---	---	---	---	---

所在地
医療機関名
代表者氏名
電話番号
医療機関・健診機関番号

風しん追加的対策 実施報告書（令和 年 月分）

添付予診票のとおり、実施いたしましたので、下記のとおり報告します。

		請求件数	請求金額 (税抜)	請求金額 (税込)
予防接種	通常（MRワクチン）			
	通常（単独ワクチン）			
	予診のみ			
合計				

消費税率	10 %
------	------