（別紙4）

年　　月　　日

請　　求　　書

奈良県知事

検査機関名　　住所

氏名

年　　月分の検査料金として、下記のとおり請求します。

記

請求金額　　円

検　査　項　目	単　価	件　数	計	備　考
①タンデムマス法による先天性代謝異常検査				
②ガラクトース血症				
③先天性副腎過形成症検査				
④先天性甲状腺機能低下症検査				
①②③④全部を検査した数				
合　　計				

振込先

支払機関名				預金種別				口座番号						
銀行 農協 信金			支店	普通（総合）・当座・その他（　　）										
	店番			カナ（必ず記入）										
				口座名義人名										