

札幌市風しん抗体検査関係書類 注文票

札幌市保健所感染症総合対策課 行き

FAX 011-622-5168

医療機関名	
住所	〒 _____ _____ 区
電話番号及びご担当者名	(_____) _____ ご担当者 (_____)
— ご注文内容 —	
風しん抗体検査 請求書 ※請求書は1回に1冊まで	冊
風しん抗体検査 問診票	冊 (1冊20組綴り)
リーフレット	冊 (1冊20組綴り)

感染症総合対策課処理欄 (記入しないでください)

受 付	月 日	扱者
発 送	月 日 AM ・ PM	
備 考		

※ ご注文頂いてから、お届けするまで、1週間程度お時間をいただく場合がございますので、日数に余裕をもってご注文頂きますようお願いいたします。