第３号様式（第10条関係）

南さつま市新型コロナウイルス感染症ＰＣＲ検査受診料請求内訳

医療機関名

令和　　年　　月分

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 検体採取日 | 氏名 | 備考 |
| 1 | 日 |  |  |
| 2 | 日 |  |  |
| 3 | 日 |  |  |
| 4 | 日 |  |  |
| 5 | 日 |  |  |
| 6 | 日 |  |  |
| 7 | 日 |  |  |
| 8 | 日 |  |  |
| 9 | 日 |  |  |
| 10 | 日 |  |  |
| 11 | 日 |  |  |
| 12 | 日 |  |  |
| 13 | 日 |  |  |
| 14 | 日 |  |  |
| 15 | 日 |  |  |
| 16 | 日 |  |  |
| 17 | 日 |  |  |
| 18 | 日 |  |  |
| 19 | 日 |  |  |
| 20 | 日 |  |  |

注１　検体採取日の順に記名し、受診券と一緒に提出すること。