

(様式1-1)

令和6年 月 日

様

京都市医療衛生企画課

担当：健康危機対策担当

電話：075-222-4244

採取検体一覧（新型コロナウイルス感染症に係る検体）

月 日の運搬について、以下のとおり依頼します。

	氏名	識別番号	年齢	性別	採取日	病院名	保存条件
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

※ 上記の検体は同じ三重梱包用の容器に入れて運搬をすることができる

【保存条件】

- ① 常温（5～25℃）
- ② 保冷剤入りの保冷バック
- ③ ドライアイス入りの保冷バック

(様式1-2)

令和 年 月 日

様

京都市医療衛生企画課

担当：健康危機対策担当

電話：075-222-4244

### 採取検体一覧（新型コロナウイルス感染症以外の検体）

月 日の運搬について、以下のとおり依頼します。

#### 1. 急性感染症（結核以外）

	検体の種類	氏名	年齢	性別	採取日	病院名	保存条件	検体番号
1								
2								
3								
4								
5								

※ 上記の検体はそれぞれ別の三重梱包用の容器に入れること。

#### 2. 結核

	生年月日	病院ID番号	主治医	行政区	病院名	保存条件
1						
2						
3						
4						
5						

※ 上記の検体はそれぞれ別の三重梱包用の容器に入れること。

#### 【保存条件】

- ① 常温（5～25℃）
- ② 保冷剤入りの保冷バック
- ③ ドライアイス入りの保冷バック

(様式2)

## 検体回収実績報告書

令和 年 月 日実施分

会社名

日付	運搬担当者名	医療機関等名	医療機関等 搬出時間	医療機関等 搬出確認者 サイン	京都市 衛生環境研究所 搬入時間	京都市 衛生環境研究所 受領者サイン

月 日分見積額 円

(様式3)

# 請求書

請求書番号

税込み請求金額	千億	百億	十億	億	千万	百万	十万	万	千	百	十	一	円

※ 金額の先頭に「¥」等を記入してください。

(宛先)京都市長

請求日	年	月	日
-----	---	---	---

請求者	住所
	氏名

※ 法人・団体の場合は、所在地、法人・団体の名称、請求権限のある方(代表取締役、理事長、代表者から委任を受けた支店長等)の職名・氏名を記入してください。

請求の概要	新型コロナウイルス感染症等に係る検体回収業務費( 年 月分)として
-------	-----------------------------------

請求の内訳	品名, 寸法形状, 業務内容等	単価及び数量・単位	金額	備考

[税率が通常と異なる場合]

税率改定前取引のため旧税率適用

経過措置により旧税率適用

軽減税率適用

税抜き合計	←端数処理前
税込み請求金額	←1円未満切捨て

※ 内税・非課税等の場合は、「税抜き合計」は空欄でも構いません。

振込口座	<input type="checkbox"/> 登録済みの口座(1口座のみ登録)→以下記入不要です。 <input type="checkbox"/> 登録済みの口座(複数口座を登録)のうち, 下記の口座→口座番号まで記入してください。 <input type="checkbox"/> 登録していない下記の口座→全て記入してください。												
	金融機関名	店舗名	預金種目	口座番号									
			<input type="checkbox"/> 普通(総合) <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> その他										
	口座名義(フリガナ)												
口座名義(漢字等)													

※ 原則として, 請求者の名義の口座を記入してください。  
※ ゆうちょ銀行の場合は, 振込用の店名(漢数字)・預金種目・口座番号を記入してください。

(様式4)

年 月 日

京都市長 様

住所  
氏名

完了届 ( 年 月分)

下記のとおり業務を完了いたしましたので、報告いたします。

記

1. 新型コロナウイルス感染症等に係る検体回収

運行数： 件

実施日： 月 日、 月 日、 月 日、 月 日

詳細は「検体回収実績報告書（様式2）」参照

以上