

検査結果報告書

(委託業務結果報告書)

1. 事業名 石川県肝炎ウイルス検査業務
2. 委託期間 令和6年4月 1日 から
令和7年3月31日 まで
3. 委託金額 _____ 円
_____ 年 _____ 月分

肝炎ウイルス検査を実施した場合 【費用区分①】 (職場の健康診断と同時に実施した場合を除く)

- | | |
|--|---|
| ① HBs 抗原+HCV 抗体 (7,282 円) | 件 |
| ② HBs 抗原+HCV 抗体+核酸増幅 (13,596 円) | 件 |
| ③ HBs 抗原+HCV 抗体検出 (7,282 円) | 件 |
| ④ HBs 抗原+HCV 抗体検出+HCV 抗体 (8,349 円) | 件 |
| ⑤ HBs 抗原+HCV 抗体検出+HCV 抗体+核酸増幅 (14,663 円) | 件 |

職場の健康診断と同時に実施した場合 【費用区分②】

- | | |
|--|---|
| ⑥ HBs 抗原+HCV 抗体 (3,707 円) | 件 |
| ⑦ HBs 抗原+HCV 抗体+核酸増幅 (10,021 円) | 件 |
| ⑧ HBs 抗原+HCV 抗体検出 (3,707 円) | 件 |
| ⑨ HBs 抗原+HCV 抗体検出+HCV 抗体 (4,774 円) | 件 |
| ⑩ HBs 抗原+HCV 抗体検出+HCV 抗体+核酸増幅 (11,088 円) | 件 |

総計 件

上記委託業務のうち、 _____ 月分の業務を終了しましたので報告します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

(あて先) 石川県知事

住 所

氏 名

印

上記委託業務のうち、 _____ 月分の業務が完了したことを確認しました。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

検査員 石川県健康福祉部健康推進課

検査結果報告書

(委託業務結果報告書)

1. 事業名 金沢市肝炎ウイルス検査業務
2. 委託期間 令和6年4月 1日 から
令和7年3月31日 まで
3. 委託金額 _____ 円
_____ 年 月分

肝炎ウイルス検査を実施した場合 【費用区分①】 (職場の健康診断と同時に実施した場合を除く)

- | | |
|--|---|
| ① HBs 抗原+HCV 抗体 (7,282 円) | 件 |
| ② HBs 抗原+HCV 抗体+核酸増幅 (13,596 円) | 件 |
| ③ HBs 抗原+HCV 抗体検出 (7,282 円) | 件 |
| ④ HBs 抗原+HCV 抗体検出+HCV 抗体 (8,349 円) | 件 |
| ⑤ HBs 抗原+HCV 抗体検出+HCV 抗体+核酸増幅 (14,663 円) | 件 |

職場の健康診断と同時に実施した場合 【費用区分②】

- | | |
|--|---|
| ⑥ HBs 抗原+HCV 抗体 (3,707 円) | 件 |
| ⑦ HBs 抗原+HCV 抗体+核酸増幅 (10,021 円) | 件 |
| ⑧ HBs 抗原+HCV 抗体検出 (3,707 円) | 件 |
| ⑨ HBs 抗原+HCV 抗体検出+HCV 抗体 (4,774 円) | 件 |
| ⑩ HBs 抗原+HCV 抗体検出+HCV 抗体+核酸増幅 (11,088 円) | 件 |

総計 件

上記委託業務のうち、 _____ 月分の業務を終了しましたので報告します。

_____ 年 月 日

(あて先) 金沢市長

住 所

氏 名

印

上記委託業務のうち、 _____ 月分の業務が完了したことを確認しました。

_____ 年 月 日

検査員 金沢市保健所地域保健課長