

業 務 費 内 訳 書

業 務 名

見積者

商号又は名称

代表者職氏名

印

業 務 費 内 訳 書

検査項目	予定件数 (A)	単価 (円) (B)	見積額 (円) (A) × (B)
IGRA 検査 (QFT)	235		
HBs 抗原検査 (CLIA/CLEIA 等)	254		
HBs 抗体検査(CLIA/CLEIA 等)	14		
HBe 抗原検査(CLIA/CLEIA 等)	3		
HCV 抗体検査(CLIA/CLEIA 等)	245		
HCV RNA 定量(リアルタイム PCR)	3		
HIV 抗原・抗体 (CLIA 等)	5		
HIV-1 RNA 定量検査	5		
HIV-1/2 抗体確認検査	5		
麻しんウイルス抗体検査 IgM (EIA 等)	1		
麻しんウイルス抗体検査 IgG (EIA 等)	7		
風しんウイルス抗体検査 IgM (EIA 等)	1		
風しんウイルス抗体検査 IgG (EIA 等)	7		
水痘ウイルス抗体検査 IgG (EIA 等)	7		
ムンプスウイルス抗体検査 IgG (EIA 等)	7		
HTLV- I (ATLV) 抗体検査 (PA)	1		
HTLV- I (ATLV) 抗体検査 (WB/LIA)	1		
HTLV-1 核酸増幅検査	1		
細胞診 (蓄痰)	15		
合 計			

※合計額が見積書と一致しているか確認してください。一致しない場合や上記内訳表内の計算が一致しない場合、無効となります。

※税抜きの見積単価及び見積額を記載してください（消費税は含まないでください）。

※契約予定者となった場合、上記の単価が契約単価となります。