

見 積 書

年 月 日

(あて先)新潟市病院事業管理者

住 所

氏 名

印

新潟市民病院契約規程及びこれに基づく契約条件を承認の上、見積ります。

見積金額					千	円	
履行期限	年 月 日						
履行場所							
品 名	品質・規格	数量	単価 円 銭		金額		
摘 要	注：消費税課税事業者の場合、見積金額は消費税額を含んだ金額を記入してください。						