

見 積 書

令和 年 月 日

愛媛県立子ども療育センター所長 様

住 所
商号又は名称
代表者氏名

(代理人) 住所
氏名

印

¥

(消費税及び地方消費税を除く)

ただし、医療材料等院外型 SPD 業務委託の月額金額

上記のとおり愛媛県会計規則を遵守し契約条項を承認のうえ
見積りいたします。