（様式７）

見　積　提　案　書

|  |
| --- |
| 令和　　年　　月　　日（あて先）八戸市立市民病院事業管理者　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　商号または名称　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名 |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　額(年　額) |  |  |  |  | 百万 |  |  | 千 |  |  | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（消費税別） |
| 件　　名八戸市立市民病院物流管理業務 |
| 場　　所八戸市田向三丁目１番１号 |
| 条　　件　　　八戸市立市民病院物流管理業務委託提案書作成要領に基づき上記金額で提案　します。 |

※ 金額は訂正しないこと。

※ 金額の先頭に「￥」マークを記載すること。記載されない場合は無効とする。