

## 見積書

令和 年 月 日

(宛先) 地方独立行政法人市立秋田総合病院

理事長 伊 藤 誠 司

所在地

法人名

代表者(職・氏名)

印

業 務 名 市立秋田総合病院 入院セット提供業務

提案額  
(利用料収入歩合分)

(月間収入の○%)

%

※以下に提案額の考え方を記載すること