（様式４）

**見　　積　　書**

年　　月　　日

豊中市病院事業管理者（あて）

　所在地：

　　　　　　　　　　　　名称：

　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名：　　　　　　　　　　　　　　印

「市立豊中病院手術室運営支援業務」

下記の通りお見積り申し上げます。内訳は別紙のとおりです。

記

見積金額　金　　　　　　　　　　　　円

（うち消費税　金　　　　　　　　円を含む）

以上