【様式Ｅ】

**受託料見積書**

**〔埼玉県立精神医療センター患者給食業務〕**

令和　　年　　月　　日

（宛先）

埼玉県立精神医療センター病院長

（申込者）

所在地

法人名

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　印

（事務担当者）

　所属及び氏名

電話番号

埼玉県立精神医療センター患者給食業務の受託に関する価格を、以下のとおり見積もりいたします。

１　総額

　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円（税別）

（令和４年１０月１日から令和７年９月３０日まで）

|  |
| --- |
|  |

２　内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 費目 | 積算内容 | 金額（円） |
| 人件費 |  |  |
| 法定福利費 |  |  |
| 物品費 |  |  |
| 諸経費 |  |  |
| 合計 |  |  |