【様式E】

委託料見積書

「患者給食業務」

令和　　年　　月　　日

埼玉県立小児医療センター病院長

（申込者）

所在地

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　印

（事業担当者氏名）

電話番号

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ます。

１　総額

　　　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円（税抜き）

|  |
| --- |
|  |

２　内訳

（令和７年　１０月　１日から令和１０年　９月３０日　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 費目 | 積算内容 | 金額（円） |
| 直接業務費 |  |  |
| 現場管理費 |  |  |
| 一般管理費等 |  |  |
| 合計 |  |  |