

見 積 書

年 月 日

福山市病院事業管理者 様

住 所.....

商号又は名称.....

名 前.....印

代理人.....印

金 額		億		百万			千			円
-----	--	---	--	----	--	--	---	--	--	---

- ※ 契約希望金額から消費税及び地方消費税相当額を含んだ金額を記載すること。
- ※ 数字は算用数字で、金額の前には¥を記入すること。

業 務 名福山市民病院連携医療機関外来予約システム導入業務.....

業務場所福山市民病院及び当院が指定した場所.....

履行期間契約締結日から2026年（令和8年）12月31日まで.....

上記のとおり福山市民病院契約規程において準用する
福山市契約規則を承諾のうえ見積します。