

見 積 書

調達番号 1

令和 年 月 日

警察共済組合長野県支部長 様

住 所
商号又は名称
代表者氏名
(代理人氏名
印)

入札参加資格
登録番号

--	--	--	--	--

電話番号

下記のとおり見積りします。

見 積 額	
-------	--

(見積額には消費税及び地方消費税を含みません。)

調達件名		診療報酬明細書点検審査等の業務委託		
品名／規格		数 量	単 価	合 計
診療報酬明細書点検審査等		4 回		

(注)単価契約及び複数単価契約の場合は、「数量」が「予定数量」となります。