様式１

見　　積　　書

愛媛県立新居浜病院長　様

　住所

　　　　　名称

　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　印

　給食業務委託金額として次のとおり見積りいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　目 | 金　額（消費税及び地方消費税を除く。） |
| 月間運営管理費 | 円／月 |
| 材　料　費  （一般食、特別食） | 円／食 |

（注）月間運営管理費については、経費明細書を添付すること。