

見 積 書

令和 年 月 日

愛媛県立子ども療育センター所長 様

住 所

商号又は名称

代表者職氏名 ⑩

(代理人) 住所

氏名 ⑩

¥ _____ (消費税及び地方消費税を除く。)

ただし、手術用電動ドリル 1式

上記のとおり愛媛県会計規則を遵守し契約条項を承認のうえ見積りいたします。

(注)

代理人による場合は代理人の⑩を押印し、代表者職氏名の⑩は押印しないこと。