【様式第８号】

※病院からお知らせする記号をご記入ください。

受付コード：

見　積　書

（ネットワークシステム更新業務）

令和　　年　　月　　日

（あて先）地方独立行政法人福岡市立病院機構　理事長

（申請者）

住所又は所在地

名　称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　福岡市立こども病院 ネットワークシステム更新業務に係る見積金額を提出します。

記

１　見積金額（総額）

　　　　　　　　　　　　　円（消費税及び地方消費税を含まない）