（様式第5号）

見積・見積内訳書

令和　　　年　　　月　　　日

（あ　て　先）　仙台市健康福祉局長

　　　〒

所在地

事業者名

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

「仙台市における医療のあり方に関する検討支援業務委託」について、次のとおり見積ります。

|  |  |
| --- | --- |
| 見積合計金額（税込） | 円　　 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 項　目 | 単　価 | 数　量 | 金　額 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 小　計 |  |  |
| 消費税（10％） |  |  |
| 合　計 |  |  |

※必要に応じて、行を追加してください。