**見積書**

１　件名　　　川口市被保護者健康管理支援事業

２　履行場所　　　保健指導面談：委託者相談室、受託者が定める場所

保健指導面談以外：受託者の事務所

３　見積金額

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 十億 | 億 | 千万 | 百万 | 十万 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　※消費税及び地方消費税を除く。

　川口市契約に関する規則に従い、実施要領、仕様書、履行場所等を熟知のうえ、見積りします。

　　　　年　　月　　日

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

以下は、押印を省略する場合のみ記載すること。記載漏れがある場合は無効。代表者が本件責任者及び担当者を兼ねることは可能です。

本件責任者（部署名・氏名）：

担当者（部署名・氏名）：

連絡先：

　　（あて先）川口市長

（注意事項）

　１　金額は算用数字で記入し、頭部に￥を付記すること。

　２　見積金額の桁間違い、計算違い等ないように十分注意すること。