見　積　書

調達番号　国1

令和　　年　　月　　日

支出負担行為担当官
長野県警察会計担当官　様

住　　所
商号又は名称
代表者氏名　　印

（代理人氏名　　印 ）

電話番号

下記のとおり見積りします。

見 積 額	

（見積額には消費税及び地方消費税を含む。）

調達件名	血球試薬（ディエゴA血球以下2品目）の複数単価契約

品名／規格		予定数量	単価（税込）	うち消費税	合　　計
ディエゴA血球	ｵｰｿﾞ･ｸﾘﾆｶﾙ･ﾀﾞｲｱｸﾞﾉｽﾃｨｯｸｽ 153006 10ml	9 本			
アファーマジェン	ｵｰｿﾞ･ｸﾘﾆｶﾙ･ﾀﾞｲｱｸﾞﾉｽﾃｨｯｸｽ 151002 10ml×2	9 箱			
合 計					

（注）単価契約及び複数単価契約の場合は、「数量」が「予定数量」となります。