

見 積 書

調達番号 国62

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 | 覚醒剤尿中薬物検査キットの購入 | | |
|---|-----------------|-----|-----|
| 品名／規格 | 数 量 | 単 価 | 合 計 |
| 覚醒剤尿中薬物検査キット (株)ベリタス クイックプロファイル3 25テスト／箱 | 1 箱 | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 計 | | | |
| 消費税 10% | | | |
| 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。