調 達 番 号　81619

見 積 書

年　月　日

長野保健福祉事務所長 様

住　所
商号または名称
代 表 者 氏 名　印
(代 理 人 氏 名　印)
入札参加資格
登 録 番 号
電 話 番 号

公告内容を熟覧し承諾のうえ下記のとおり
見積ります

見 積 額	

(見積額には消費税相当額及び地方消費税相当額を含みません。)

調達件名	食品・食中毒検査等に使用する試薬の購入

品 名 ／ 規 格	数 量(a)	単 価(b)	金 額(a×b)
別添のとおり	1 式		