

【様式6】

見 積 書

平成 年 月 日

(あて先)
地方独立行政法人
市立大津市民病院 理事長

(参加者)
所 在 地
名 称
代表者職氏名 印

件名：市立大津市民病院業務継続計画（BCP）策定支援業務

見 積 額	円 (消費税及び地方消費税を含まず)
-------	--------------------

見積額の積算根拠を下記(別紙も可)に明示すること。