

様式第 4 号（第 6 条関係）

共立蒲原総合病院組合広告入り足拭きマット設置見積書

年 月 日

（あて先）共立蒲原総合病院組合 管理者

住 所

見 積 者 商 号

氏 名

㊞

共立蒲原総合病院組合広告入り足拭きマット設置に関する取扱要領第 6 条第 3 項に基づき、下記の金額で見積りします。

設置番号	設置場所	設置料金額（36 ヵ月分の総額）
①	病院本館 1 階 正面玄関（風除室）	円
②	病院本館 1 階 北出入口	円
③	病院本館 1 階 職員出入口	円
④	介護老人保健施設 芙蓉の丘 正面玄関（風除室）	円

- （注） 1． 共立蒲原総合病院組合広告入り足拭きマット設置申込書にて申込みをした設置箇所にのみ見積金額を記入して下さい。それ以外の設置場所へ記入された見積金額は無効となります。
- 2． 見積金額は、税込みの金額を記入して下さい。