

様式 9

食 事 単 価 見 積 書

年 月 日

芳賀赤十字病院

院長 本多 正徳 様

所 在 地

会 社 名

代表者職氏名

印

下記のとおり見積を提出いたします。

食事単価（1人1食当たりの額）

		円／食（税込額）
患者食	朝食	
	昼食	
	夕食	
	1 日 計	
産後御祝食	朝食	
	昼食	
	夕食	
	1 日 計	

注 1 患者食（朝・昼・夕）及び産後御祝食の価格設定根拠については、別紙（様式任意）にて提示してください（提案献立と整合性をとること）。