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（税抜） |
| 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）。