

年 月 日

# 請 書

独立行政法人地域医療機能推進機構 滋賀病院 御中

下記のとおりお請けいたしました。

〇〇〇〇株式会社

東京都〇〇区〇〇〇〇-〇-〇-〇

Tel 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

Fax 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

E-mail 〇〇〇〇〇〇@〇〇〇〇

担当者 〇〇 〇〇 印

印

件名	〇〇〇〇
契約金額	0 円
納入場所	〇〇〇〇
履行期限	年 月 日

契 約 期 間		支 払 条 件
自 年 月 日	至 年 月 日	末日締め翌々月末日払い

No.	内容・品目等	数量	単位	単価	合計	備考
1	〇〇〇〇					
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
備考：〇〇〇〇					小計	0
					消費税	0
					税込合計	0

※単価契約による数量については予定数量とし、契約金額及び調達数量を保証するものではないことを承知いたします。

※本請書に定めがない事項については、契約当事者間で協議のうえ定めるものとするを承知いたします。