様式１

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 見　　　　　積　　　　　書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　日 進 市 長 　様  　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　住　所  　　　　　　 　見　　積　　者  　　 　　（名称及び代表者）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名  　　　下記のとおり見積します。  記  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（税抜き）  以上 | | | | | | | | |
|  | 百 万  億 | 拾 万  百　万 | 万  万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ただし、下記業務の広告掲載料申込金額として  １．業務名  令和８年度版日進市保健センターガイド広告掲載事業  　２．納入場所または履行場所  保健センター | | | | | | | | |
|
|
|
|

　　　　（注）　１．用紙の大きさは日本工業規格Ａ４とする。

　　　　　　　　２．訂正または抹消した箇所には押印すること。

　　　　　　　　３．金額の数字は算用数字を用い頭に『金』を記入のこと。