

(様式3)

## 見積金額内訳書

平成 年 月 日

所在地

商号又は名称

代表者氏名

⑩

(本社から委任されたものについては受任者)

業務名

市立池田病院食事提供調理業務

単位:円

項目	内容	単価	配置予定数	小計
調理師	正職員		名	
調理師	非正職員		名	
調理補助員	正職員		名	
調理補助員	非正職員		名	
管理栄養士	正職員		名	
管理栄養士	非正職員		名	
栄養士	正職員		名	
栄養士	非正職員		名	
その他作業員	正職員		名	
その他作業員	非正職員		名	
(その他経費)				
合計				

記入金額は税抜とする。

その他経費について、できるだけ詳細に内容を記載すること。

合計金額は、見積書金額と一致するものとする。