

見積書

市立宇和島病院
宇和島市病院事業管理者 様

令和 年 月 日

住所

氏名

印

物件名		医薬品注入コントローラ ドリップアイ				
No	品名	規格・仕様	メーカー・型式	数量	単価	金額
1	医薬品注入コントローラ ドリップアイ	20・60滴対応	(指定) MID NE-3	3		
見積金額(税抜合計)						
備考						

使用科; 5西病棟

納入場所;

希望納期; 令和6年6月30日

納入期限; 令和 年 月 日

※希望納期以内に納入できる場合は記載不要

注)金額は税抜を記入すること

以上、搬入・据付・調整費等、通常に使用できるためのすべての費用を含む。