

御 見 積 書

令和 年 月 日

群馬県社会福祉事業団 御中

会社名：

〒

住所

TEL：

FAX：

代表者名：

担当者名：

下記の通り、御見積り申し上げます。

品種・規格・産地	
----------	--

納入先施設名	1k g 当たり単価（税抜き）
群馬県立障害者リハビリテーションセンター	円
特別養護老人ホーム 菱風園	円
特別養護老人ホーム 高風園	円

備 考