【様式６】

参　考　見 積 書

 　　　令和　　年　　月　　日

（提出先）茨木市長

 所在地

 名　称

 代表者　　　　　　　　　　　　印

 本書記載のとおり見積します。

記

１　件　　　名 　茨木市総合保健福祉計画冊子作成業務

２　金　　　額 　金 円也

（上記金額は消費税等額を含みます。）

　※金額の積算がわかる内訳を添付すること。