業務担当者一覧

|  |
| --- |
| ＊提出日現在の所属部署名等を記入してください。 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主な担当業務 | （フリガナ）  氏名 | 所属部署名・職名 | 職種 | 常勤･  非常勤の別 | 経歴  （主な業務実績） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

令和８年　　月　　日

令和８年度循環器病ＣＫＤ健診ハイリスク者及び治療中断者受診勧奨支援業務委託

見積書

神奈川県知事　黒岩祐治　殿

所在地

商号又は名称

代表者（職・氏名）

令和８年度循環器病ＣＫＤ健診ハイリスク者及び治療中断者受診勧奨支援業務委託実施に要する経費として、下記のとおり見積もりします。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金 | 千 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

※　消費税及び地方消費税に係る課税事業者であるか免税事業者であるかを問わず、見積もった金額の110分の100に相当する金額を記載してください。

【本件責任者及び担当者】

・責任者

所属　　　　　　　　　　　　役職名　　　　　　　　　　　　氏名

電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

・担当者

所属　　　　　　　　　　　　役職名　　　　　　　　　　　　氏名

電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス