

施設使用料率提案書

施設使用料率	% (小数点以下第2位まで記入)
--------	------------------

※施設使用料率（売上金額に対する割合）をご提示ください。最も高い割合を提示した者を契約の相手方として決定します。

なお、施設使用料率の下限は5%とします。

1 事業名

碧南市民病院入院用品サポート業務委託事業

2 実施場所

碧南市民病院（愛知県碧南市平和町3丁目6番地） 2～5階病棟等

3 委託期間

令和3年4月1日から令和6年3月31日まで

募集要項の応募資格要件を満たしていることを確認し、上記のとおり提案いたします。

令和 年 月 日

住所又は所在地 〒

商号又は名称

(電話 —)

代表者氏名

印

碧南市長 禰 亘 田 政 信 様