

収入
印紙

係 員	係 長	課 長		検査受領

公財世保 契随 第 号

請 書

下記契約にあたっては、裏面の契約条項受諾のうえ、相違なく履行いたします。

記

1. 件 名

1. 契約金額

	十	万		千		百		十		円

上記金額のうち消費税額相当分

		万		千		百		十		円

1. 契約期間

契約の日より 令和 年 月 日まで

1. 納入場所

公益財団法人世田谷区保健センター

1. 内 訳

品 名	規 格	数 量	単位呼称	単 価	金 額	備 考

令和 年 月 日

公益財団法人世田谷区保健センター
理 事 長 様

所 在 地

会 社 名

代表者氏名

Ⓜ

- 備考
1. 法人は、社名役職氏名を記入し、社印代表者印を押印すること。
 2. 個人は、商号、氏名を記入し、押印すること。
 3. 訂正した場合は、訂正印を必ず押印すること。
 4. 鉛筆その他消えやすいもので書かないこと。