

第2号様式

委託費（成功報酬率）見積書

令和 年 月 日

三重県病院事業庁長 あて

(参加者)

所在地

名称等

代表者職氏名

印

案件名：三重県立病院の医業未収金回収業務委託

見積額（委託した未収金の回収額に対する成功報酬の割合）
回収額の _____ . ____%

※上記割合は、消費税及び地方消費税抜きの割合で記入してください。