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。