

(様式第8号)

焼津市障害者基幹相談支援センター運営業務委託

自 契約締結日 至 令和7年3月31日

法人名 : \_\_\_\_\_

※必要科目を記載の上提出お願いします。

単位：円

科 目	数 量	単 位	単 価	金 額	摘 要
人件費支出					
小 計				0	
事務費支出					
小 計				0	
消 費 税					
合 計					