

見 積 書

年 月 日

(宛先)
秦野市福祉事務所長

〒
住 所
商号又は名称
代 表 者 名

1 合計金額

円

2 件名

蓄便袋 (平成 年 月～平成 年 月分)

3 対象者

氏名 様 住所

4 内訳金額 (次のとおり)

品 名	規格・商品名等	数量	単価(円)	合計 (円)
(1) 蓄便袋				
(2) 蓄尿袋				
(3) 皮膚保護ペースト ／皮膚保護パテ				
(4) 皮膚保護パウダー				
(5) 皮膚保護ウエハー				
(6) コンベックス・インサート				
(7) 固定用ベルト				
(8) 剥離剤 (リムーバー)				
(9) 皮膚被膜剤 (スキンバリア)				
(10) レッグバッグ (下肢装着用蓄尿袋)				
(11) ナイト・ドレーナージバッグ (夜間用蓄尿袋)				
(12) ストーマ袋カバー				
(13) サージカルテープ				
(14) 皮膚保護剤穴あけ専用はさみ				
(15) 消臭剤				