|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 使用料率提示書  令和　　年　　月　　日  　大崎市病院事業管理者　様  所在地又は住所  商号又は名称  　　　　 代表者役職氏名  大崎市民病院自動販売機設置事業者募集要項を守り，下記のとおり提示いたします。  記  提示使用料率   |  |  | | --- | --- | | 設置場所 | 提示使用料率 | | 設置場所①  （１階ほなみモール外７か所） | ．　　％ | | 設置場所②  （３階医局前（右）外５か所） | ．　　％ | | 設置場所③  （４階ＳＳラウンジ（手前）  　外２か所） | ．　　％ | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| ※ 提示使用料率は，小数点第一位まで記載して下さい。 | | | | | |