|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 |