

入札書

件名 医療費自動精算機更新

入札金額

拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

- (注) ・契約希望額の110分の100の金額を記載し頭に「¥」をつけること。
・入札金額の改ざん、又は訂正をしてはならない。
・必ず、右の「くじ番号」の枠内に3桁以内の数字を記入してください。

くじ番号			
------	--	--	--

上記の金額で納入したいので、関係書類を熟覧のうえ、
長崎市立病院機構契約規程を守り入札します。

令和 年 月 日

(宛て先)

地方独立行政法人長崎市立病院機構 理事長

会社(商店)名

入札者氏名

印