

# 入札書

件名 長崎みなとメディカルセンター看護補助者労働者派遣業務

**「¥マーク」を必ず付記する。**

入札金額	拾	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円
		¥	1	1	9	1	3	3	0	0

**空欄の場合は自動的に「999」が付与されます。**

(注)・上記「入札金額」は、単価に契約期間全体の予定数量を乗じた消費税抜きの総額を記入すること。

くじ番号	1	2	3
------	---	---	---

- ・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。

**合計金額が入札金額と一致すること**

入札金額内訳

種別	①予定数量 (時間)	②契約希望単価								金額(円) ①×② ※合計金額が入札金額と一致すること。								
		千	百	拾	万	千	百	拾	円	億	千	百	拾	万	千	百	拾	円
1人あたりの時間単価	16,182				¥	1	4	0	0	¥	1	1	9	1	3	3	0	0

※7.75時間/日×522日(令和6年10月～令和8年9月)×4人=16,182時間

上記の金額で契約したいので、関係書類を熟覧のうえ、

地方独立行政法人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

**開札日ではなく、令和5年 月 日から投函日までの日付を記載する  
(× 作成日 × 公告日)**

(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 **株式会社〇〇〇〇 長崎支店**

入札者氏名 **支店長 〇〇 〇〇**

印

(注) 委任を受けて入札する場合には、受任者名で入札することとなります。