

入 札 書

件名 ○○○○○○○○○○○○○○○○○

「¥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	1	1	1	1	1

- (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	1	2	3

空欄の場合は自動的に
「999」が付与されます。

上記の金額（成功報酬率をかけた金額）で履行したいので、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 7 年 10 月 22 日

(宛て先)

『開札日』を記載する
(× 作成日 × 公告日)

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○○○○ 長崎支店

入札者氏名 支店長 ○○ ○○

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。