

# 入 札 書

件名 地方独立行政法人長崎市立病院機構 医事業務委託

「¥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 |
|------|---|---|---|
|      |   |   |   |

上記の金額で履行したいので、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 7 年 10 月 28 日

空欄の場合は自動的に  
「999」が付与されます。

(宛て先)

『入札日』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。