

入 札 書

令和 年 月 日

(あて先) 地方独立行政法人長崎市立病院機構 理事長

住 所
商号又は名称
氏 名 印

次のとおり入札します。

入札金額	百	十	億	千	百	十	万	千	百	十	円

物件工事名 薬剤師業務支援システム（服薬指導）更新

- (注)
- ・入札金額は契約希望額の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、右下の「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			
------	--	--	--