

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

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 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

(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。