|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| くじ番号 |  |  |  |

入　札　書

１　入札金額

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 億 | 千万 | 百万 | 拾万 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

２　件名

　関係法令の規定、名寄市病院事業が提示した競争入札執行通知書並びに仕様書その他条件を承諾のうえ、上記金額で入札いたします。

なお、上記金額には消費税及び地方消費税を含みません。

平成　　年　　月　　日

名寄市病院事業管理者　宛

［入札人］　　　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　㊞

［入札代理人］　　住所

氏名　　　　　　　　　　　　㊞

※訂正箇所には必ず訂正印を押印してください。なお、金額の訂正は認めません。

※期間入札の場合は、必ず右上の「くじ番号」欄に任意の３桁の数字を記入して下さい。