

様式第5号

入札書

金

	億	千	百	十	万	千	百	十	一

円

※ 壊死組織等切除用デブリードマン装置の購入の総価（税抜）を記入してください。

ただし

入札物件 壊死組織等切除用デブリードマン装置の購入

納入場所 国保中央病院 皮膚科外来

入札保証金 免除とする

上記の通り国保中央病院組合契約規則を承知の上入札します。

年 月 日

国保中央病院組合 管理者 殿

入札者 住 所

称号又は名称

代表者氏名

代理人

印