同等品承認願

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所  商号又は名称  代表者氏名 | 印 | | |
| 案件名称 | 高度救命処置用資器材 | | |
| 物品名 | | 表示（参考）物品  （メーカー・型式・規格等） | 同等品  （メーカー・型式・規格等） |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |

※同等品で参加する場合は、メーカー名、型式及び規格等を明記（カタログ等使用がわかるものを添付）のうえ、同等品承認願を入札日までに発注担当部署へ提出して承認を得てください。承認願は入札書提出時に一緒に提出してください。承認欄の記載押印がない場合は無効となります。

|  |
| --- |
| 同等品承認欄 |
| 上記物品を同等品として認めます。  　　令和　　年　　月　　日  担当課：  課長名：　　　　　　　　　　　　　　印 |