令和　　年　　月　　日

つがる西北五広域連合病院事業管理者

|  |  |
| --- | --- |
| 住所又は所在 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 担当者氏名 |  |
| ＦＡＸ |  |

同等品申請書

下記の物品について、例示品の同等品として認めてくださるよう、申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 入札件名 |  |
| 例示品名称(仕様書内) | 同等品メーカー・品番・規格等 | ※審査結果 |
|  |  | 可・否 |
|  |  | 可・否 |
|  |  | 可・否 |
|  |  | 可・否 |
|  |  | 可・否 |
|  |  | 可・否 |
|  |  | 可・否 |
|  | ※確認者職・氏名 | 印　　 |

注１　審査結果についてはＦＡＸで通知する。

２　申請書は提出期限までに管理課総務管財係へ提出すること。

３　※欄については、記載しないこと。

４　申請の際は、同等品の詳細が確認できるカタログ等を添付すること。

５　申請する製品は複数でもよい。必要に応じて行を増やしてもかまわない。