【様式１】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 入　札　書（第○回）

|  |  |
| --- | --- |
| (見積金額 税込) | 一金　　　　　　　　　円 |

入札対象機器名：超音波画像診断装置　1式　　　　　 　病院名　：　社会福祉法人 済生会川内病院　　上記の通り入札致します。　　社会福祉法人 済生会川内病院　　　院長　青﨑 眞一郎　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日住　所名称等氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　入札者が代理人の場合　（代理人氏名　　　　　　　　　　　　㊞） |

【様式２】

入札書用封筒

* 別添PDF参照

【様式３】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 委　任　状　社会福祉法人 済生会川内病院　　　院長　青﨑 眞一郎　様　　私は、　　　　　　　　　　　　　　　　　を代理人と定め下記権限を委任　します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受任者使用印鑑 |  |

記１．社会福祉法人 済生会川内病院超音波画像診断装置(仕様書№17-18)一式の入札に関する一切の件　以上　　平成　　年　　月　　日住　所　　　　　　　　　　　　　　　　名称等　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |