様式第９号

**入札保証金（契約保証金）還付請求書**

令和　　年　　月　　日

　地方独立行政法人埼玉県立病院機構

　　埼玉県立精神医療センター病院長　　　宛

　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　契約保証金について、下記のとおり還付請求いたします。

記

１　調達案件名称及び数量

　　据置型デジタル脳波計のリース契約

２　公告年月日　　令和３年１０月２７日

３　金額

　　金　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

４　振込先

　　金融機関名　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　支店

　口座名義（ｶﾀｶﾅ）

　　当座預金・普通預金

　　口座番号

【連絡先】　（担当者所属）　　　　　　　　　　　（担当者氏名）

　　　　　　（電話番号）　　　　　　　　　　　　（ＦＡＸ番号）