様式第5号

入札（見積）書

令和4年　月　日

（宛先）

地方独立行政法人埼玉県立病院機構

埼玉県立小児医療センター病院長　あて

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 | 印 |
|  |  |
| 上記代理人 |  |
| 氏名 | 印 |
| 連絡先 |  |

地方独立行政法人埼玉県立病院機構契約事務取扱規程に従い、埼玉県立小児医療センター外来・面会入館者健康確認業務（R4.7-9月）契約書案、仕様書案を熟知したので、下記のとおり入札（見積り）します。

記

件名： 埼玉県立小児医療センター外来・面会入館者健康確認業務（R4.7-9月）

業務場所： 埼玉県さいたま市中央区新都心1番地2

埼玉県立小児医療センター

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金額 | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |

消費税及び地方消費税を含まず。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

くじ入力番号

（注意事項）

1. 金額は算用数字で記入し、頭部に￥を付記すること。
2. 代理人による入札の場合の印は、代理人印のみでよいこと。
3. 落札決定にあたっては、入札書に記載された金額に、当該金額の100分の10に相当する額を加算した額（当該金額に1円未満の端数があるときは、その端数金額を切捨てた金額）をもって落札価格とするので、消費税に係る課税事業者であるか免税事業者であるかを問わず、見積もった契約希望金額の110分の100に相当する金額を記載すること。
4. くじ入力番号欄には任意の3桁の数字（000～999）を記入すること。