

様式第3号

## 提 案 協 議 書

令和 年 月 日

(宛先)

地方独立行政法人埼玉県立病院機構

埼玉県立精神医療センター病院長

住所又は所在地	
商号又は名称	
代表者職氏名	
担当者名	
電話番号	

調達案件名	ガステーブルの購入
納入場所	埼玉県立精神医療センター 栄養部

上記の物品について、仕様を満たすものとして以下の物品を提案しますので、別添のカタログ等を参照の上、確認してください。

製造者名	規格・型番	定価
		円

※定価は消費税及び地方消費税を抜いた金額とします。

※提案は、質問に対する回答を確認した後に行ってください。