様式第６号

契約保証金還付請求書

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　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　契約保証金について、下記のとおり還付請求します。

記

１　調達案件名称及び数量

　　血液凝固分析装置の購入　１台

２　公告年月日

　　令和８年１月１５日（木）

３　請求金額

　　金　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　　（参考として、払込書兼領収書の写しを添付します。）

４　振込先

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　支店 | | | | |
| 口座名義（カタカナ） |  | | | | |
| 口座種別 | 普通預金 |  | 当座預金 |  | ※いずれかに〇を付す。 |
| 口座番号 |  | | | | |

【連絡先】　（担当者所属）

　　　　　　（担当者氏名）

　　　　　　　（電話番号）

　　　　　　（ＦＡＸ番号）