

(様式6)

入札書

年 月 日

豊後大野市病院事業管理者 木下 忠彦 様

所 在 地

商号または名称

代表者職氏名

印

上記代理人

印

令和7年度豊後大野市民病院ポータブルエコー購入の入札説明書等に定められた事項を承諾の上、下記金額により、豊後大野市契約規則及び指示事項を遵守して次のとおり入札いたします。

記

くじ 番号			
----------	--	--	--

件名 令和7年度豊後大野市民病院 ポータブルエコー購入

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

注1 金額、月日等の数字は、アラビア字体で明確に記載してください。

注2 金額の頭に￥記号を付けてください。

注3 入札金額は、消費税及び地方消費税額を含まない金額（税抜き）で記載してください。

注4 金額は訂正しないでください。

注5 代理人が入札する場合には、代理人であることの表示及び当該代理人の氏名を記載し、かつ、委任状に押印した代理人の印を押印してください。

注6 くじ番号は任意の3桁（000～999の範囲）の数字を記入すること。