入　札　書

件　　名　　寝具類賃貸借

入　札　金　額　　年額　￥＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（消費税抜き）
（Ｄ欄の金額）

品　　目	契約組数 （Ａ）	日　数 （Ｂ）	1日1組当たり単価 （Ｃ）	年間賃貸借料 （Ａ×Ｂ×Ｃ）
寝具類	５１０組	３６５日		（Ｄ）

納入場所　　兵庫県加古川市鹿野町神野２０３番地
兵庫県立加古川医療センター

納入期間　　令和３年４月１日から令和６年３月３１日まで

上記の物品については、病院局会計規程（平成１４年３月２９日兵庫県病院局管理規程第１７号）、契約条項その他関係書類及び現場等を熟知の上、上記の金額をもって入札します。

令和　　年　　月　　日

兵庫県契約担当者

兵庫県立加古川医療センター院長　原　田　俊　彦　　様

住　　所

商号又は名称

代表者氏名　　印

代　理　人　　印

なお、当社／私は消費税に係る課税事業者／免税事業者であることを届け出ます。

（注）課税事業者・免税事業者のうち該当する文字を囲むこと。