

(単品スライド請求対象用)

回	契約監理 課長	技術検査 室長	課長補佐	工事契約 係長	検査員
覧	課長	課長補佐	係長	監督員	

平成 年 月 日

(宛先)

高松市病院事業管理者

受注者

住 所

(法人にあっては、所在地)

商号又は名称

代表者氏名

印

出来形確認請求書

次のとおり第 回出来形の確認を請求します。

記

請負代金額			十億			百万			千			円
工 事 名												
工 事 場 所	高 松 市 町 地内											
工 期	平 成 年 月 日 から											
	平 成 年 月 日 まで											
支 払 条 件	1 前 金 払 有 無											
	2 部 分 払 中 間 回											
確 認 希 望 年 月 日	平 成 年 月 日											
備 考	今回確認を請求する出来形部分等については、高松市病院局契約事務取扱要綱第1項第3号で準用する高松市工事請負契約約款第25条第5項の規定に基づく請負代金額の変更に係る協議の対象です。											