

令和 年 月 日

(宛先)
高松市病院事業管理者

住 所
(法人にあっては、所在地)
商号又は名称
代表者氏名

入 札 書

次のとおり地方自治法、地方自治法施行令、地方公営企業法、地方公営企業法施行令、高松市契約規則及び高松市病院事業会計規程並びにその他指示事項を承知の上、入札します。

記

1 件 名 高松市立みんなの病院夜間看護補助者派遣業務委託

(1人当たり1時間の単価)

2 入 札 金 額

	十 万	万	千	百	十	円

(消費税及び地方消費税を除く。)

- (注) 1. 金額欄アラビア数字の記入に当たっては、頭数字の前に¥の字を記入すること。
2. 消費税及び地方消費税に係る課税事業者であるか免税事業者であるかを問わず、見積もった1人当たり1時間の契約希望単価の110分の100に相当する金額を記入すること。
3. 深夜時間帯、所定の時間を超えた場合等の加算は含まない金額を記入すること。
4. 委任状による代理人が入札をする場合は、上記入札者の表示は次のとおりとすること。
- 住 所

商号又は名称

代表者氏名

代理人氏名
- 〇〇市〇〇町〇〇

〇〇株式会社〇〇支店

支店長 〇〇 〇〇

〇〇 〇〇 印
5. 代表者又は代理人印の押印に代えて責任者等の氏名及び連絡先の記載を可とする。押印のない入札書を提出する場合は、責任者(事務を担当する部門の長)の部署名及び氏名並びに担当者の部署名及び氏名をフルネームで記載し、更に連絡先として電話番号(固定電話。設置していない場合は携帯電話)を記載すること。なお、押印がなく、上記の記載の全部又は一部がない場合は無効とする。

責任者(部署名・氏名)
担当者(部署名・氏名)
連絡先