

年 月 日

(宛先) 高松市長

依頼者	住所 (所在地)	
	商号又は名称	
	代表者名	
	T E L ()	—
	F A X ()	—

同等品確認依頼書

高規格救急自動車について、別紙のとおり同等品の確認を依頼します。
なお、同等品に関する資料を添付します。

同等品確認依頼を受け付けました。

年 月 日

契約監理課

担当者名 _____

(注) この依頼書及び確認書は、必ず案件ごとに作成し、当該案件の質問締切日までにファクシミリで送信してください。

この依頼書を市が受理した後、受付日及び担当者名を記入して、この用紙（依頼書）のみファクシミリで返信します。返信のない場合は、契約監理課まで電話で確認してください。また、返信された用紙については、今後必要となる場合がありますので、大切に保管してください。

別紙「同等品確認書」は審査の後、ファクシミリで返信します。

(別紙)

商号 (名称) _____

同等品確認書

案件名	高規格救急自動車
-----	----------

品名	例示品	同等品候補		確認
	メーカー・品番	メーカー・品番・規格等	価格	

- ※ 「同等品可」とされた案件について同等品を選定し入札する場合は、必ず、この確認書により、入札書提出前に同等品であることの確認を受けてください。
- ※ 「例示品」欄には、仕様書に記載の物品のメーカー・品番を記載してください。
- ※ 「同等品候補」欄には、同等品である旨の確認を受けようとする物品のメーカー・品番・規格等及び価格（カタログ表示等のメーカー希望小売価格。ただし、オープン価格の場合は「オープン価格」で可。）を記入してください。同等品候補は複数記載しても構いません。
- ※ 同等品候補のカタログ等を、必ず添付してください。なお、見本の提示をお願いします。
- ※ 「確認」欄には何も記載しないでください。審査の結果、同等品である旨の確認をした場合は「○」を、同等品でない旨の確認をした場合には「×」を付して、ファクシミリで返信します。
- ※ 表中の行数が不足する場合は、適宜、行数を追加してください。

契約監理課 (担当) TEL : 839-2252 課 (担当) TEL :
