

様式 5

再 度 入 札 書

税抜総額 ¥ _____ 円

入札事項 職員被服・単価契約

〔なお、契約金額は表記の金額に当該金額の 10%に相当する額を加算した金額とします。〕

令和 年 月 日

住 所

氏 名 印

〔 法人の場合は、法人名及び代表者役職氏名を
記入し、法人印及び代表者印を押印すること 〕

地方独立行政法人
岐阜県立多治見病院 理事長 様