

名張市長 北川 裕之 様

住所又は所在地

入 札 者 商号又は名称

代表者職氏名

印

入 札 書

入札金額 (税抜き)	
---------------	--

※金額は、アラビア数字で表示し、数字の前に¥の記号を付記すること。

件 名 令和 7 年度名張市集団がん検診（B 日程）業務委託

場 所 名張市 鴻之台 1 番町ほか 地内

(内訳)		(税抜)			
種 類		予定数量 (A)	設計 単価	単 価 (B)	金 額 (A × B)
1	胃がん検診	300 件	5,800 円	円	円
2	大腸がん検診	450 件	3,200 円	円	円
3-1	肺がん検診 (胸部レントゲン)	350 件	2,900 円	円	円
3-2	肺がん検診 (喀痰検査)	10 件	2,900 円	円	円
4	子宮頸がん検診	300 件	6,100 円	円	円
5-1	乳がん検診 マンモグラフィ 1 方向	350 件	6,100 円	円	円
5-2	乳がん検診 マンモグラフィ 2 方向	100 件	7,100 円	円	円
入札金額（1 から 5 の合計金額） ※この金額を上段の入札金額欄に記入してください。					円

上記金額で名張市契約規則（平成 11 年名張市規則第 20 号）によって入札します。

- 注意事項
- ・ 内訳も必ず記入してください。記載がない又は記載誤りがあった場合、入札書は無効になります。
 - ・ 単価は整数とし、設計単価以下の金額を記入してください。
 - ・ 単価が整数でない場合は、入札書は無効になります。
 - ・ 1 つでも、設計単価を超える単価を記入した場合は、入札書は無効になります。