

名張市長様

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¥の記号を付記してください。

件名 学生及び教員定期健康診断業務委託  
場所 名張市 百合が丘西 5 番町 32 番地 地内

(内訳)

(税抜)

名称	予定数量 (A)	設計単価	単価 (B)	金額 (A×B)
1. 定期健康診断及び 血液検査 (B、C 型肝炎)	75 人	7,900 円	円	円
2. 血液検査 (風疹、麻疹、 ムンプス、水痘)	20 人	8,000 円	円	円
入札金額 (1 と 2 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、1 つでも、設計単価を超える金額を記入した場合は、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。  
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。