

(別紙)

令和 年 月 日

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<br>(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 保育所及び小学校給食調理員等検便検査の単価契約  
場 所 名張市 丸之内ほか 地内

(内訳)

(税抜き)

| 品 名                                                        | 予定数量 (A) | 設計単価    | 単 価 (B) | 金 額<br>(A × B) |
|------------------------------------------------------------|----------|---------|---------|----------------|
| ①腸内細菌検査<br>(赤痢菌・チフス菌・パラチ<br>フス菌・サルモネラ属菌・腸<br>管出血性大腸菌O-157) | 2,050 検体 | 700 円   | 円       | 円              |
| ②ノロウイルス検査<br>(高感度検査)                                       | 80 検体    | 7,000 円 | 円       | 円              |
| 入札金額 (①と②の合計金額)<br>※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。