

住所又は所在地

代表者職氏名

印

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 職員健康診断等業務委託（三共済組合員健診以外）  
場 所 名張市 鴻之台 1 番町 1 番地ほか 地内

(税抜き)

| 種 類                                                 | 受診予定<br>人数 (A) | 設計単価    | 単価 (B) | 金 額<br>(A×B) |
|-----------------------------------------------------|----------------|---------|--------|--------------|
| ①公立学校共済組合員健診                                        | 60 人           | 8,500 円 | 円      | 円            |
| ②名張市立学校職員健診                                         | 260 人          | 8,900 円 | 円      | 円            |
| ③共済組合員外健診                                           | 140 人          | 8,000 円 | 円      | 円            |
| ④胃部検診                                               | 130 人          |         |        |              |
| ⑤夜間勤務従事者健診                                          | 150 人          | 4,000 円 | 円      | 円            |
| 入札金額 (①から⑤の合計金額 (④は除く))<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

- ・④胃部健診については、金額の記載は不要です。(詳細は仕様書を参照ください。)
- ・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。