

(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 (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 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)

(税抜き)

品 名	予定数量 (A)	設計単価	単 価 (B)	金 額 (A×B)
①定期健康診断 (診察、身長、体重、血圧測定、尿検査(蛋白、糖、潜血)、遠方視力(5m)、各眼(裸眼 or 矯正)、聴力検査(2ch)30db×30db、胸部 X 線デジタル撮影(1 方向)、安静時心電図)	75 人	4,500 円	円	円
②血液検査 (B 型肝炎) HBs 抗原 定量、HBs 抗体 定性	75 人	1,000 円	円	円
③血液検査 (C 型肝炎) HCV 抗体第三定性	75 人	1,000 円	円	円
④血液検査 (風疹・麻疹 ・ムンプス・水痘) 風疹ウイルス・麻疹ウイルス・ムンプス・ 水痘、それぞれを EIA-IgG 法にて行う	20 人	7,000 円	円	円
入札金額 (①から④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。