

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 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

[内 訳]

(税抜き)

種 類	受診予定 人数 (A)	設計単価	単価 (B)	金 額 (A×B)
①公立学校共済組合員健診	60 人	10,500 円	円	円
②名張市立学校職員健診	260 人	11,000 円	円	円
③共済組合員外健診	160 人	10,000 円	円	円
④胃部検診	130 人	7,500 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。