

## 入札書（第 回目）

令和 年 月 日

支出負担行為担当官

国立療養所宮古南静園事務長 大城 英作 殿

件 名 医療用消耗品 JMS シリンジ 外105品目

入札金額 別紙単価入札書のとおり

入札説明書及び契約書を全て熟知のうえ、上記のとおり入札します。

住所（所在地）

商号又は名称

代表者氏名

## 入札書 (第1回目)

令和 4年 3月 23日

支出負担行為担当官

国立療養所宮古南静園事務長 大城 英作 殿

件名 医療用消耗品 JMS シリンジ 外105品目

入札金額 別紙単価入札書のとおり

入札説明書及び契約書を全て熟知のうえ、上記のとおり入札します。

住所 (所在地) 沖縄県〇〇市〇〇字〇〇 〇-〇-〇〇

商号又は名称 〇〇〇〇株式会社

代表者氏名 代表取締役 〇〇 〇〇 代表者印

## 入札書（第 回目）

令和 年 月 日

支出負担行為担当官

国立療養所宮古南静園事務長 大城 英作 殿

件 名 医療用消耗品 JMS シリンジ 外105品目

入札金額 別紙単価入札書のとおり

入札説明書及び契約書等を全て熟知のうえ、上記のとおり入札します。

住所（所在地）

商号又は名称

代表者氏名

支店又は営業所

代理人氏名

## 入札書 (第1回目)

令和 4 年 3 月 2 3 日

支出負担行為担当官

国立療養所宮古南静園事務長 大城 英作 殿

件 名 医療用消耗品 JMS シリンジ 外105品目

入札金額 別紙単価入札書のとおり

入札説明書及び契約書等を全て熟知のうえ、上記のとおり入札します。

住所 (所在地) 沖縄県〇〇市〇〇字〇〇 〇-〇-〇〇

商号又は名称 〇〇〇〇株式会社

代表者氏名 代表取締役 〇〇 〇〇 代表者印

支店又は営業所 〇〇〇〇株式会社△△支店 (営業所)

代理人氏名 支店長 (所長) △△ △△ 代理人印

## 入札書（第 回目）

令和 年 月 日

支出負担行為担当官

国立療養所宮古南静園事務長 大城 英作 殿

件 名 医療用消耗品 JMS シリンジ 外105品目

入札金額 別紙単価入札書のとおり

入札説明書及び契約書等を全て熟知のうえ、上記のとおり入札します。

住所（所在地）

商号又は名称

代表者氏名

代理人氏名

## 入札書 (第1回目)

令和 4 年 3 月 2 3 日

支出負担行為担当官

国立療養所宮古南静園事務長 大城 英作 殿

件 名 医療用消耗品 JMS シリンジ 外105品目

入札金額 別紙単価入札書のとおり

入札説明書及び契約書等を全て熟知のうえ、上記のとおり入札します。

住所 (所在地) 沖縄県〇〇市〇〇字〇〇 〇-〇-〇〇

商号又は名称 〇〇〇〇株式会社

代表者氏名 代表取締役 〇〇 〇〇 代表者印

代理人氏名 △△ △△ 代理人印

## 入札書（第 回目）

令和 年 月 日

支出負担行為担当官

国立療養所宮古南静園事務長 大城 英作 殿

件 名 医療用消耗品 JMS シリンジ 外105品目

入札金額 別紙単価入札書のとおり

入札説明書及び契約書等を全て熟知のうえ、上記のとおり入札します。

住所（所在地）

商号又は名称

代表者氏名

復代理人氏名

## 入札書 (第1回目)

令和 4 年 3 月 2 3 日

支出負担行為担当官

国立療養所宮古南静園事務長 大城 英作 殿

件 名 医療用消耗品 JMS シリンジ 外105品目

入札金額 別紙単価入札書のとおり

入札説明書及び契約書等を全て熟知のうえ、上記のとおり入札します。

住所 (所在地) 沖縄県〇〇市〇〇字〇〇 〇-〇-〇〇

商号又は名称 〇〇〇〇株式会社

代表者氏名 代表取締役 〇〇 〇〇 代表者印

復代理人氏名 △△ △△ 復代理人印