同等品申請書

令和　　年　　月　　日

生　駒　市　長　　殿

住　　所

商 号 又 は
名　　称

代　表　者
役職・氏名

使用印

ＴＥＬ番号

ＦＡＸ番号

※２枚目以降利用の場合も記入、押印をお願いします。

入札件名　　非接触型体温計の購入

本入札に際して、下記同等品で入札することを申請します。※別紙「同等品申請書について」を参考にご記入ください。

申請物品										判定
No.	メーカー・品番	測定方式	測定範囲	測定精度	測定時間	測定値保存数	仕様電源	医療機器登録番号	定価（税抜）	