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

入札件名　　便座クリーナー及び薬液の購入

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.	便座クリーナー						薬液			
	メーカー／型番・品番	商品名	鍵付なら〇印	薬液残量が目視で確認できれば〇	継ぎ足し補充可能なら〇印	サイズ	メーカー／型番・品番	商品名	ｴﾀﾉｰﾙﾍﾞｰｽなら〇印	