

(別添様式3)

# 入札書

令和 年 月 日

長崎県立こども医療福祉センター  
所長 小柳 憲司 様

所在地  
商号又は名称  
代表者職氏名

(代理人による入札の場合は) 代理人

下記業務を請負いたいのので、下記金額をもって入札します。

記

金額 ￥ <span style="float: right;">*</span>
---

それぞれの検査項目の予定件数に対する金額の総額を記載すること。

(入札単価、積算は別紙入札内訳書のとおり)

- 1 業務名 臨床検査業務委託(単価契約)
- 2 履行場所 長崎県立こども医療福祉センター(諫早市永昌東町24番3号)
- 3 履行期間 契約日から令和8年3月31日まで
- 4 検査項目、予定件数 別紙入札内訳書のとおり

- 備考 1 入札者は、消費税にかかる課税事業者であるか免税事業者であるかを問わず、入札内訳書に見積もった契約希望金額の100/110に相当する金額(単価)を記載すること。
- 2 金額は、アラビア数字を用い、訂正又はまっ消することはできない。
  - 3 入札者が代理人である場合は、委任状の提出並びに入札書に代理人の記名押印が必要であること。