（様式第４号）

入札書

令和　　年　　月　　日

　長崎県知事　大石　賢吾　様

　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者（職）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　（代理人による入札の場合は、代理人の記名押印が必要です。）

　　　　　　　　　　　　　　　代理人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　下記業務を請け負いたいので、下記金額をもって入札します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 拾億 | 億 | 千万 | 百万 | 拾万 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |

　　※金額の頭部に￥を付けること

１　業務名　　　　長崎県小児慢性特定疾病システム導入業務

２　履行期間　　　契約締結日から令和８年３月31日まで

３　履行場所　　　長崎県福祉保健部こども政策局こども家庭課

備考

１　入札者は、消費税に係る課税事業者であるか免税事業者であるかを問わず、見積もった契約希望金額の100/110に相当する金額を記入すること。

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。

（様式第５号）

（入札用封筒）

　　　（表）

|  |
| --- |
| 入札件名：長崎県小児慢性特定疾病システム導入業務  入札書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称 |
|
|

　　　（裏）

|  |
| --- |
|  |

（様式第６号）

委任状（代理人用）

令和　　年　　月　　日

　長崎県知事　大石　賢吾　様

　　　　　　　　　　　委任者　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

　　　　　　　　　　　　　　　代表者（職）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　今般下記の者を代理人として定め、次の権限を委任いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　代理人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（委任事項）

　　　長崎県小児慢性特定疾病システム導入業務　　　の入札及び見積りに関する一切の権限

（注）

１　代表者の印は、長崎県へ届出済の印と同一であること。

２　代理人の印は、代理人が入札で使用する印と同一であること。