令和　　年　　月　　日

同等品確認申請書

桜　井　市　長

住所（所在地）：

照合又は名称：

代表職氏名： 　　　 （印は不要）

電話番号：

FAX番号：

メールアドレス：

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入札件名 |  | | | |
| 開札日 | 令和　　年　　月　　日 | | | |
| 同等品の確認申請品 | | | | **同等品確認欄※市使用欄** |
| 入札番号 | 品名 | 提示品名 | メーカー・型番・規格等 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※本書を提出して同等品の承認を得る場合には、選定した同等品の詳細がわかるカタログ等の写しを添付してください。

※提出期限については、仕様書をご確認ください。

【お問合わせ先】

桜井市役所　管財契約課契約検査係

TEL：0744-42-9111（内線　1762）

FAX：0744-42-2656

アドレス：kanzaikeiyaku@city.sakurai.lg.jp