別紙

令和　　年　　月　　日

あて先　胎内市長

住　　　　所

商号又は名称

代表者名　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

ＦＡＸ番号

同等品確認申請書

令和６年４月19日付けで公告のあった次の入札について、同等品の確認をお願いします。

１．件　　　名　　　受付用タッチパネル発券機

２．同等品候補

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 品　　名 | メーカー名 | 規格及び付属品等 |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 【注意事項】  ※提出は、持参又はＦＡＸとします。  （ＦＡＸによる提出の場合は、送信後、担当課まで必ずご連絡ください。）  市民生活課　ＴＥＬ：0254-43-6111（内線1143）　ＦＡＸ：0254-43－6132  ※「２．同等品候補」欄には、同等品の認定を受けたい物品メーカー・規格・付属品等を記入してください。（同等品候補が複数あっても構いません。）  ※同等品候補のカタログ等を添付してください。  ※審査の結果については、入札公告で示す方法により回答します。 |