令和　　年　　月　　日

　高知県知事　濵田　省司　様

　　　所 　在　 地

　　　商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　 印

　　　　　　　　　　　　　　　代理人　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

入札書

　入札の諸条件を承諾のうえ、次のとおり入札します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　　額 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 契約対象 | 高知県医療施設等物価高騰緊急対策事業委託業務 | | | | | | | | | |
| 備考　１　契約の種類により「内訳」欄が不用の場合は、記入する必要はありません。  ２　代理入札の場合は、委任者の住所及び氏名を記入し、その下に「代理人」の表示をして、住所及び氏名を記入し、押印してください。  ３　法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職・氏名を記入してください。  ４　入札金額の数字の頭には、￥を付けてください。 | | | | | | | | | | |