入札書

年 月 日

山口県後期高齢者医療広域連合長　様

所在地又は住所

商号又は名称

代表者氏名 印

上記代理人

所在地又は住所

商号又は名称

代表者氏名 印

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

※入札金額は\マークをつけ、税抜で記入すること。

入札業務　服薬通知事業委託

契約条項、入札条件及び仕様書等熟知の上、山口県後期高齢者医療広域連合財務規則の規定に基づき、上記のとおり入札します。