

第 回

## 入 札 書

令和 年 月 日

地方独立行政法人大阪府立病院機構  
大阪国際がんセンター総長 様

所 在 地

商 号 又 は 名 称

代 表 者 職 ・ 氏 名

(代 理 人 氏 名)

印

下記の金額で契約を締結したく、一般競争入札説明書、同競争入札心得及び契約書案の各条文並びに仕様書を承諾の上、入札いたします。

## 記

件名 地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪国際がんセンターのコンシェルジュ業務の労働者派遣契約（単価契約）

	拾	万	千	百	拾	円
金 額						

注1 金額は 1時間単価（基本派遣料金単価） を記入すること。

注2 金額は、消費税及び地方消費税を除いた額（契約希望金額の110分の100に相当する額）であること。

注3 金額を訂正しないこと。

注4 金額記載の文字はアラビア字体とし、金額の頭に¥記号をつけること。

(入札書記入例)

再度の入札は 2 回までとしますので入札書はあらかじめ 3 枚を用意してください。

入札回数を  
記入

3 - 6)

第 回

入 札 書

入札日当日の日付を記入

令和 年 月 日

地方独立行政法人大阪府立病院機構  
大阪国際がんセンター総長 様

所 在 地

商 号 又 は 名 称

代 表 者 職 ・ 氏 名

(代 理 人 氏 名)

代理人で参加される方は代理人の氏名を「(代理人名)」の右横に記入して下さい。

代表者が参加される場合は、代表者印を押印すること。  
代理人で参加される場合は、委任状に押印した代理人使用印を押印して下さい。その際、代表者印は必要ありません。

印

下記の金額で契約を締結したく、一般競争入札説明書、同競争入札心得及び契約書案の各条文並びに仕様書を承諾の上、入札いたします。

記

件名 地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪国際がんセンターのコンシェルジュ業務の労働者派遣契約（単価契約）

金 額	拾	万	千			

入札書に記載する金額は、消費税及び地方消費税を含まない金額とすること。

注 1 金額は 1 時間単価（基本派遣料金単価） を記入すること。

注 2 金額は、消費税及び地方消費税を除いた額（契約希望金額の 110 分の 100 に相当する額）であること。

注 3 金額を訂正しないこと。

注 4 金額記載の文字はアラビア字体とし、金額の頭に ¥ 記号をつけること。

金額を記入する際は、4 つの注意事項に従って、記入してください。