

# 同等品確認申請書

令和 年 月 日

□久留米市長様  
(健康福祉部 保健所総務医薬課)

住 所 :  
商号 (名称) :  
代表者職名 : 印  
TEL :  
FAX : \_\_\_\_\_

下記入札案件において、別紙のとおり同等品の確認をお願いします。

なお、同等品に関するカタログ等資料を添付します。

※開札日：令和6年1月5日（金）

入 札 案 件 名		久留米市シュレッダー賃貸借			
内訳No.	品 名	同等品 (メーカー・品番等)	同等品価格 (税抜)	確認	
1	ナカバヤシ株式会社製 PXI-506CR		円	認定	不認定
			円	認定	不認定
			円	認定	不認定

※同等品とは、材質、仕様、色、大きさ等が参考商品と機能的・品質的に同等以上であり、かつ参考商品と同等の安全性、耐久性が保証されるメーカーの既製品を基本とし、価格（内訳ごとの価格）は、概ね参考品と同程度であるものとします。

※入札仕様書に記載された参考商品以外で入札を希望される場合は、必ずこの申請書により事前に保健所総務医薬課にカタログと一緒にFAX又は持参すること。

※「同等品（メーカー・品番等）」欄には、同等品候補のメーカー・品番・規格等を明確に記入すること。

※「同等品価格（税抜）」欄には、カタログ表示等のメーカー小売価格を記入すること。

（オープン価格の場合は、オープン価格と記入してください。参考に店頭販売価格を記入すること。）

※必ず、同等品の規格、価格等が確認できるカタログ等（写し可）を添付すること。

資料については、全ての仕様を満たしていることが分かるものを添付し、メーカー等で仕様適合箇所を強調すること。