

入 札 書

令和 年 月 日

岩手県立中央病院長 様

住 所

氏 名

印

上記代理人

印

令和8年度医療器械（超音波画像診断装置 KOELIS トリニティ）の賃貸借契約について、
入札条件等を承諾のうえ下記のとおり入札します。

記

超音波画像診断装置 KOELIS トリニティー式

_____ 円 （1式1ヵ月あたり単価：税抜）