

入 札 書

令和 年 月 日

岩手県立中央病院長 様

住 所

氏 名

㊟

上記代理人

㊟

令和8年度医療器械（陰圧維持管理装置）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

ActiV.A.C 型/ V.A.C.ULTA 型

陰圧維持管理装置

_____ 円 （1台1日あたり単価：税抜）