

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 年度医療用酸素濃縮装置・携帯用酸素ボンベ等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

選択区分 _____

医療用酸素濃縮装置（据置型）等一式

_____ 円 （1 式 1 ヶ月あたり単価：税抜）

【内訳】

医療用酸素濃縮装置（据置型）	円
医療用酸素濃縮装置（携帯型）	円
携帯用ボンベ	円
呼吸同調器	円