

(様式2)

## 同等品確認申請書

年 月 日

市立宇和島病院  
宇和島市病院事業管理者 様

住 所  
商号又は名称  
代 表 者 名 印

下記につきまして、同等品で入札したいので、確認を申請いたします。

記

1. 公示番号

2. 物 品 名

| No | 機器名 | メーカー名 | 機種名 | 特記事項 |
|----|-----|-------|-----|------|
|    |     |       |     |      |
|    |     |       |     |      |
|    |     |       |     |      |
|    |     |       |     |      |
|    |     |       |     |      |

添付書類；

注) 性能、機能及び技術等が確認できる仕様書・カタログ・図面等を添付すること。  
再申請はできないので、申請機器は1機器に対して最大2機種まで認める。  
確認のために必要な書類又はデモ等が必要な場合は、即座に対応すること。  
確認のために必要な経費については、申請者負担とする。