別添様式第２号

同等品承認願

小値賀町長　西　村　久　之　様

１　事 業 番 号　４値診備第１７号
２　事　業　名　医療機械器具購入事業（ベッドサイドモニター一式）
３　同等品として承認を受けたい物品

品　名	メーカー名	規格・仕様等	承認欄 (町記入欄)

否の理由（町記入欄）

※　申請欄には、同等品の仕様が確認できる資料（カタログの写し等）を必ず添付すること。（カタログ等の資料については、該当箇所にマーカー等で印をつけ該当頁に付箋により見出しを付ける等、わかりやすいようにして下さい。）

上記について、同等品の承認をお願いします。

令和　　年　　月　　日
（申請者）所　在　地
商号又は名称
代表者氏名　　印
電 話 番 号
ＦＡＸ番号
担　当　者

※※
（小値賀町使用欄）
上記の承認結果については、承認欄に記載のとおりとします。

令和　　年　　月　　日

様

小値賀町長　西　村　久　之　㊞