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　６値診備第３号

2 事　　業　　名　医療機械器具購入事業（ＥＯＧガス滅菌器）

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	承認欄 （町記入欄）

否の理由（町記入欄）

※ 申請欄には、同等品の使用が確認できる資料（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　印