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４号

2 事業名　医療機械器具購入事業（ＨｂＡ１ｃ分析装置）

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

※※※