令和　　年　　月　　日

松戸市教育委員会教育長

（申請者）　住　　所

会 社 名

代表者職氏名

電話番号

使用印

同　等　品　確　認　書

件　　名	学校保健室備品（医療用備品）購入
納入場所	松戸市教育委員会指定場所

品　　名	例　示　品	同等品候補（選定商品）		確認
	メーカー ・ 型番 ・ 規格等	メーカー ・ 型番 ・ 規格等	税抜き価格	
			円	
			円	
			円	
			円	
			円	

上記について、同等品により入札を行いたいので確認をお願いします。
なお、当方で選定した同等品候補は、貴市の指定する標準仕様に合致することを誓約致します。

※ 「品名」「例示品」欄には、仕様書等により示された品名・メーカー・型番・規格等を記入してください。
※ 同等品候補として提示した機器等のカタログ等価格や性能を証明する書類を添付してください。
※ 「確認」欄は、審査の結果同等品と認定の場合「○」、不認定の場合「×」と記入して通知します。

松戸市教育委員会記入欄（事業担当課）

担当課名　　課

所属長名　　印

確認年月日　令和　　年　　月　　日

●事業担当課は確認後、教育総務課へ提出してください。