（様式第９号）

入　　　札　　　書

令和　　年　　月　　日

岩手県医療局長　様

共同企業体名（共同企業体の場合は記載する。）

住　　所

名　　称

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（共同企業体の場合は共同企業体代表者について記載する。）

（上記代理人　代理人氏名）　　　　　　　　　（印）

金　　　　　　　　　　　　　　円

注１）金額を訂正しないこと。

注２）金額は、契約希望金額の110分の100に相当する額とすること。

　　　（いわゆる税抜き価格）

件　　名　　　岩手県立磐井病院・南光病院・花泉地域診療センター医療情報システム構築業務　一式

履行期間　　　契約締結日から令和９年３月31日まで