

同 等 ・ 規 格 確 認 書

令和 年 月 日

(宛先) 豊平区保健福祉部保険年金課

【会 社 名】

【担当者名】

【連絡先】

下記の入札（見積合せ）案件について、同等品にて参加したいため、規格等の確認を依頼します。

記

調 達 案 件 番 号	札幌市告示第3518号
調 達 案 件 名 称	デジタルモノクロ複合機借受

同 等 品	メーカー名	型 番 ・ 規 格 等

※依頼に際しては、必ずカタログ等規格を確認できる書類を添付すること。

（以下、発注担当課記載欄）

上記に提示された製品は、当課が指定した製品の同等品（又は仕様書の規格を満たす製品）であることを確認しました。

令和 年 月 日

【担 当】

豊平区保健福祉部保険年金課

印

発注担当課の確認及び署名を受けた後、入札書提出時に同等・規格確認書（原本）を併せて提出すること。