

# 事前承認申請書

申請日 令和 年 月 日

伊勢市病院事業管理者 宛

下記の発注案件について、次のとおり事前承認物品の申請をします。

|         |                    |
|---------|--------------------|
| 案件番号    |                    |
| 案件名(品名) |                    |
| 開札日時    | 令和 年 月 日 午前・午後 時 分 |
| 発注課     |                    |
| 担当者     |                    |

●事前承認物品

| No. | 品名 | 規格内容  |  | 数量 | ※承認可否             |
|-----|----|-------|--|----|-------------------|
|     |    |       |  |    | 記入日時<br>( / / : ) |
| 1   |    | メーカー名 |  |    | 可・不可              |
|     |    | 品番等   |  |    |                   |
| 2   |    | メーカー名 |  |    | 可・不可              |
|     |    | 品番等   |  |    |                   |
| 3   |    | メーカー名 |  |    | 可・不可              |
|     |    | 品番等   |  |    |                   |
| 4   |    | メーカー名 |  |    | 可・不可              |
|     |    | 品番等   |  |    |                   |
| 5   |    | メーカー名 |  |    | 可・不可              |
|     |    | 品番等   |  |    |                   |
| 6   |    | メーカー名 |  |    | 可・不可              |
|     |    | 品番等   |  |    |                   |
| 7   |    | メーカー名 |  |    | 可・不可              |
|     |    | 品番等   |  |    |                   |
| 8   |    | メーカー名 |  |    | 可・不可              |
|     |    | 品番等   |  |    |                   |
| 備考  |    |       |  |    |                   |

(注意) ※印欄は総務課使用欄です。記入・押印しないで下さい。

|          |
|----------|
| ※ 総務課收受印 |
|          |

申請者 所在地  
 業者名  
 代表者名  
 電話番号  
 FAX番号

(印)

(担当者: )