

入 札 書

令和 年 月 日

(宛先) 群馬県後期高齢者医療広域連合長

所 在 地

入札者 商号又は名称

代表者の氏名 印

代理人 氏 名 印

仕様書、その他の条件を承諾のうえ、群馬県後期高齢者医療広域連合契約規則を守り、次のとおり入札します。

入 札 金 額	
業 務 名	