# **同等品承認申請書 兼 同等品確認書**

令和　　年　　月　　日

泉佐野市長　様

住所

商号又は名称

代表者名

電話番号

F A X 番 号

下記の物品について同等品候補のカタログ・価格等の資料を添付して同等品の承認を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 件　名 | **泉佐野市保育所等紙おむつ納入等業務** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 品　名 | 例示品（仕様書記載） | 同等品候補 | 確認欄 |
| メーカー・品番・規格等 | メーカー・品番・規格等 | 価格（税抜） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※　本書は、参考商品以外の同等品を申請する場合に使用してください。なお、同等品を申請する場合は、**参加**

**申込み及び企画提案書提出期限まで**に本書とカタログ等資料をあわせて提出してください。

※　**「品名」「例示品」欄**には、仕様書等で示された品名・メーカー・品番・規格等を記入してください。

※　**「同等品候補」欄**には、貴社で同等品の承認を受けたい対応物品のメーカー・品番・規格等及び税抜価格（カタログ表示等のメ－カ－希望小売価格。ただし、オ－プン価格等定価のないものについては、通常の流通価格を参考価格として記入。）を記入してください。

※ **必ず、同等品候補のカタログ等を添付してください。**

※ 品名を追加する場合は、別途用紙にて追加申請してください。

※　**「確認」欄**は、審査の結果同等品と承認の場合は**「可」**を、不承認であれば**「否」**とを記入して返送（ＦＡＸ送信）

します。

|  |
| --- |
| **以下、市記入欄** |

同等品確認結果は、上記の「確認欄」のとおりです。

令和　　　年　　月　　日

同等品確認者　担当課 泉佐野市　こども部　子育て支援課

　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　電話番号