

## 同等品確認票

長 殿

調達番号		件名		
番号	品名	購入希望物品	同等品候補	確認
		メーカー、型番・規格	メーカー、型番・規格	

上記について、同等品の確認をお願いします。

年 月 日

所 在 地

商 号 ・ 名 称

代 表 者 名

( 担 当 者 名 : )

電 話 番 号

F A X 番 号

- ※ 同等品により見積合せに参加する場合は、必ずこの同等品確認票により事前に調達所属(出先機関)の確認を受けてください。
- ※ 「番号」「品名」「購入希望物品」欄には、調達情報に示された品目番号(品目番号の記載がない場合は空欄のまま)、品名、メーカー、型番・規格を記入してください。
- ※ 「同等品候補」欄には、同等品の認定を受けようとする物品のメーカー、型番・規格を記入してください。
- ※ この同等品確認票にカタログ等の資料を添付して、見積書提出期限の前々日(土日祝日を除く)17時(調達情報において日時を指定している場合は、指定された日時)までに、調達所属(出先機関)へFAX等により送付してください。
- ※ 期限までに提出された確認票については、調達所属(出先機関)において、「確認」欄に、認定の場合は「○」を、不認定の場合は「×」を記入し、FAX等により返送します。  
なお、確認結果が見積書提出期限の前日17時までに届かない場合は、調達所属に連絡してください。

神奈川県記入欄	
所 属 名	
担 当 者 名	
電 話 番 号	
確 認 日	年 月 日