

仕様確認申請書

令和 年 月 日

物品管理官経由
支出負担行為担当官
第七管区海上保安本部長 殿

(競争参加者の)
住 所
商号又は名称
代表者名

貴庁が公示した入札公告「膨脹式救命胴衣買入れ」について、カタログ等物品の仕様確認に必要な資料を添えて申請します。

※以下は押印を省略する場合のみ記載すること。
(連絡先は2以上記載すること)
本件責任者(会社名・部署名・氏名) :
担当者(会社名・部署名・氏名) :
連絡先1 :
連絡先2 :

別 紙

件 名 膨脹式救命胴衣買入れ

	品 目	規 格 等	数 量	※合否 の判定	備 考
1	膨脹式救命胴衣		50	合・否	
2				合・否	
3				合・否	
4				合・否	
5				合・否	
6				合・否	
7				合・否	
8				合・否	
9				合・否	
10				合・否	
11				合・否	
12				合・否	
13				合・否	
14				合・否	
15				合・否	

※欄は、海上保安庁で使用するので記入しないで下さい。

※ 最終判定 合 ・ 否
