

(別記様式第1号)

## 同等品承認申請書

年 月 日

佐野市長 様

住所

商号又は名称

代表者

印

担当者名

電話・FAX

(担当者名・TEL・FAX も必ず入力して下さい)

案件番号 \_\_\_\_\_

承認を受けたい物品の詳細				結果	
No.		件名		年 月 日	
メーカー				承認	非承認
製品名				非承認の場合はその理由	
規格等				課 課長	印
定価					
No.		件名		年 月 日	
メーカー				承認	非承認
製品名				非承認の場合はその理由	
規格等				課 課長	印
定価					
No.		件名		年 月 日	
メーカー				承認	非承認
製品名				非承認の場合はその理由	
規格等				課 課長	印
定価					
No.		件名		年 月 日	
メーカー				承認	非承認
製品名				非承認の場合はその理由	
規格等				課 課長	印
定価					

(※注) ・承認を受けたい物品の詳細が分かるカタログ等を添付して下さい。

- ・当申請は、見積依頼票に記載されている「同等品承認依頼締切」までに発注課に申請し、「同等品承認期限」までに承認を受けること。なお、承認を受けていない同等品での見積りは無効とします。
- ・定価がない場合は、一般的な流通価格を記載してください。