

入 札 書

金 額	¥ _____ (内 訳) 平成 30 年 10 月 1 日 から 平成 33 年 9 月 30 日 まで ・ 先天性代謝異常検査 @ × 21,216 件 = (フェニルケトン尿症、メープルシロップ尿症(楓糖尿症)、ホモシスチン尿症、シトルリン血症 1 型、アルギニノコハク酸尿症、メチルマロン酸血症、プロピオン酸血症、イソ吉草酸血症、メチルクロトニルグリシン尿症、ヒドロキシメチルグルタル酸血症 (HMG 血症)、複合カルボキシラーゼ欠損症、グルタル酸血症 1 型、中鎖アシル CoA 脱水素酵素欠損症 (MCAD 欠損症)、極長鎖アシル CoA 脱水素酵素欠損症 (VLCAD 欠損症)、三頭酵素/長鎖 3-ヒドロキシアシル CoA 脱水素酵素欠損症 (TFP (LCHAD) 欠損症)、カルニチン ^o ルミトイルトランスフェラーゼ ^o 1 欠損症 (CPT 1 欠損症)、カルニチン ^o ルミトイルトランスフェラーゼ ^o 2 欠損症 (CPT 2 欠損症)) ・ 先天性代謝異常検査 (ガラクトース血症) @ × 21,216 件 = ・ 先天性副腎過形成症検査 @ × 21,216 件 = ・ 先天性甲状腺機能低下症検査 @ × 21,216 件 =
業 務 名	先天性代謝異常等検査業務
業 務 内 容	「先天性代謝異常等検査仕様書」のとおり
入札条件を承諾の上、上記のとおり入札します。 年 月 日	
住 所 氏 名	
京都府知事 西 脇 隆 俊 様	

備考 用紙の大きさは、日本工業規格 A 列 4 (横長) とする。

入 札 書

金 額	再	①
	¥	(税抜き)
	(内訳) ・ 先天性代謝異常検査 @ ×21,216件 = [フェニルケトン尿症、メープルシロップ尿症 (楓糖尿症)、ホモシスチン尿症、シトルリン血症1型、・・・] ・ 先天性代謝異常検査 (ガラクトース血症) @ ×21,216件 = ・ 先天性副腎過形成症検査 @ ×21,216件 = ・ 先天性甲状腺機能低下症検査 @ ×21,216件 = …… (省略) ……	
業 務 名	先天性代謝異常等検査業務	
業 務 内 容	「先天性代謝異常等検査仕様書」のとおり	
③ 入札条件を承諾の上、上記のとおり入札します。 平成30年 月 日		

《留意事項》

配布する用紙を使用すること。

記入上の注意

①算用数字で円単位（税抜き価格）とする。訂正したものは無効とする。

②再入札のときは、「再」の字を記入し、各々訂正印を押印すること。

③入札年月日とする。

④会社所在地、会社名、代表者の職・氏名を記入し（ゴム印可）、会社印及び代表者印を押印すること。なお、代理による入札の場合は氏名を（代理人 △△△印）とし、委任状の委任者印を押印すること。

【代理人について】

入札会場に入場できる者は、入札に参加する資格のある者、すなわち法人等の代表者又は包括的に委任されている支店長等に限ります。したがって、代表者本人が入札する場合以外は、代理人による入札として、委任状を提出してください。

住 所（会社所在地）
（会社名）

氏 名（代表者 職・名）

又は

（代理人（氏 名）印）

