

年 月 日

同等品判定依頼書

契約担当官  
陸上自衛隊衛生学校  
会計課長

殿

住 所  
会 社 名  
代 表 者 氏 名  
担 当 者 名  
連 絡 先

下記の応札(見積)予定物品が調達要求物品と同等であることを判定願います。

記

計画実施番号	調達要求番号	品名	仕様書 カタログ品名	同等品製品名

添付書類等:

(カタログ等諸元が判断可能なもの)

年 月 日

殿

契約担当官  
陸上自衛隊衛生学校  
会計課長

同等品判定結果通知書

上記応札(見積)予定物品について、次のとおり判定する。

判定:同等品として 承認する。  
承認しない。

上記申請について、次のとおり確認した。

分任物品管理官等記入欄	要求元記入欄
要求元の所見を確認した。 確認年月日:	仕様及び物品番号・品名との適合を確認した結果 同等品として(認める・認めない) 確認年月日: 確認者所属・階級・氏名:

(注)押印を省略する場合には担当者名及び連絡先を記載すること。