

令和 年 月 日

同等品判定依頼書

分任契約担当官
自衛隊福岡病院会計課長
殿

住 所
会 社 名
代表者氏名

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

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：該当製品のカタログ頁抜粋（コピー）

（カタログ等諸元が判断可能なもの）

令和 年 月 日

殿

分任契約担当官
自衛隊福岡病院会計課長

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：