# 同等品規格確認票

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品　　　名 | 基　準　品  ※仕様書に定めがある場合のみ記載 | 同等品規格物品 | | 備　　考 | 確認欄 |
| メーカー・品番・規格等 | 定　価 |
| 自動血圧計 | オムロン  ＨＣＲ－１６０２ |  |  |  | 適・否 |

上記予定物品の審査をお願いします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　確認者氏名

令和　　年　　月　　日

住　　　所

商号・名称

代表者名

（担当者：TEL・FAX）

* 同等品規格物品の規格が確認できるカタログ等の資料を添付してください。
* 確認欄に適否を記載の上、返送します。