別紙１

同等品申請書

　公告番号　　新潟市契約公告第９号

調達物品名　　泡消火薬剤　その３

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　／　枚）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | メーカー名 | 品名 | 型式（泡第○～○号） | 備考 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

※上記のとおり性能資料及び仕様書に記載の参考銘柄と混合しても問題ないことが証明できる

書類を添え，同等品の認定を申請いたします。

令和　　年　　月　　日

　　　　　　住　　所

　　　　　　会社名

　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（押印不要）