

(別紙)

同等品申請書兼承認書

1 案件名 令和8年度赤磐市公立保育施設保育業務支援システム導入業務

2 申請内容

番号	名 称	メーカー／品番	備考

上記のとおり、同等品の認定を申請いたします。

令和 年 月 日

(申請者)

住 所

法 人 名

代表者名

印

申請者 様

☐上記の申請品は同等品として承認します。

☐上記の申請品は同等品として承認しません。

令和 年 月 日

赤磐市 保健福祉部 子育て支援課

印

※提出期限：令和8年9月17日（木）17時まで（Fax または持参）

※送 付 先：赤磐市保健福祉部子育て支援課 Fax086-955-1118