

令和 年 月 日

鹿児島市病院事業管理者  
鹿児島市立病院長 坪内 博仁 様

住所  
商号又は名称  
代表者氏名 印

機能証明書・提供機器名一覧

電子複写機のリース契約に係る制限付き一般競争入札の参加資格審査申請をするにあたり、別紙のとおり提供予定の機器が仕様条件を満たすことを証明します。

なお、提供機器は以下のとおりです。

- 1 機能証明は別紙のとおり
- 2 提供機器一覧

カテゴリ	モノクロ・フルカラー、 出力スピードの別	台数	提供機器（メーカー・機種）
C	フルカラー40枚機	2	

※機能証明については、証明欄に機能を満たす場合は○を、満たさない場合は×を記入して下さい。また、このことについて、カタログ内で記載がある部分には蛍光マーカ等でわかるように印をつけてください。（カタログで機能の確認ができない場合は、機能がわかる資料も併せて提出してください。）

※カテゴリ毎の機器は1機種とする。