

同等品確認申請書

令和 年 月 日

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

1. 件名等	件 名	残留塩素計(据付型)	
	同等品確認申請締切日時	令和8年10月13日(火) 午後5時00分	
	開札日時	令和8年10月27日(火) 午前9時30分	
2. 同等品	品名・番号		
	メーカー		
	規格・仕様等	機器性能について	
		① 測 定 方 式 : DPD法	(適合 ・ 不適合)
		② 表 示 方 式 : LCD(液晶)デジタル	(適合 ・ 不適合)
		③ 測 定 範 囲 : 0~5 mg/L	(適合 ・ 不適合)
		④ 検 出 限 界 : 0.03 mg/L	(適合 ・ 不適合)
		⑤ 最 小 表 示 : 0.01 mg/L	(適合 ・ 不適合)
		⑥ 測 定 間 隔 : 150秒から60分(選択可能)	(適合 ・ 不適合)
		⑦ 正 確 性 : ±5%(FS)または±0.03mg/L以内(いずれか大きい方)	(適合 ・ 不適合)
		⑧ 出 力 信 号 : DC4-20mA	(適合 ・ 不適合)
		⑨ 連続無人運転 : 30日以上	(適合 ・ 不適合)
		⑩ 警 報 : 濃度上限/下限警報	(適合 ・ 不適合)
⑪ 電 源 : AC100V、60Hzで作動	(適合 ・ 不適合)		
⑫ 大 き さ : 既設庫内(W 1800×D 820×H 2080)に機器類を収納	(適合 ・ 不適合)		

※参考品以外で入札に参加を希望する場合は、必ずこの申請書を提出し確認を受けてください。

※申請する同等品のカタログ等を添えてください。

担当課 確認欄	上記の物品を確認しました。		※内容を確認後、担当課の 「受付印(丸印)」を押す。 (日付は確認日)
	☐ 仕様に合致します。 ☐ 仕様に合致しません。		

提出責任者・担当者氏名及び連絡先

提出責任者名	
担当者名	
電話番号	
メールアドレス	

契約管財課受付印