仕　様　書

契約No	件名	2026017177　歯周病検診票（複写式）の印刷について
業　種		2016印刷
納入期限		令和9年1月29日（金）
納入場所		浜松市口腔保健医療センター 浜松市中央区鴨江二丁目11番2号
目　的		検診結果を記入、報告、保管をするため
品名規格		① 複写式検診票（歯周病検診）
数　量		① 500冊
同等品		否 （定義）同等品とは、規格・品質・性能等が例示品と同等以上であるものをいう。
条　件 及び 注意事項		・ 別紙参照
お問い合わせ先		健康増進課口腔保健医療センター　　担当　藤田 TEL：053－453－6129　　FAX：053－453－3238

印　刷　仕　様　書

契約番号	2026017177

担当課	健康増進課	グループ	口腔保健医療センター
連絡先	053-453-6129	担当者氏名	藤田　亮子

件　名	歯周病検診票（複写式）の印刷について					
印刷物種類	☐ チラシ ☐ ポスター ☐ リーフレット ☐ パンフレット ☐ ページ物 ☐ シーリングはがき ☑ その他					
印刷方法	☑ オフセット（平版） ☐ 軽印刷 ☐ 凹版（グラビア） ☐ 孔版（スクリーン） ☑ その他					
仕上寸法	☐ A4 ☑ A3 ☐ B5 ☐ A5 ☐ その他→		本文	20	ページ	
部数（冊数）	500 部（冊）					
用紙種類（自由記載）	●（表紙）	表紙と裏表紙（裏表紙は厚紙）				
	●（本文）	1冊20セット（3枚1組）				
	●（見返し）	☐ なし ☐ あり → （前後		ページ分）		
	●用紙（サイズ・重さ）	ノーカーボン				
	●再生紙					
	☐ A4 ☑ A3 ☐ B5 ☐ その他→		mm ×		mm	
サンプル品	☐ 無 ☑ 有 → （提供場所）	口腔保健医療センター				
印刷面・色数	☑ 表のみ ☐ 裏のみ ☐ 表・裏両面	1 色	本文・色数	1	色	
レイアウト等	☐ レイアウト・デザイン含む ☐ ラフスケッチ					
写真	カラー ☑ 無 ☐ 有	点 ・	モノクロ ☑ 無 ☐ 有	点		
写真データ	☐ データ ☐ ネガフィルム ☐ ポジフィルム ☐ プリント					
イラスト/点数	☐ イラスト支給	表紙	点			
	☐ 書き起こし	本文	点			
製　本	☑ 無線綴じ ☐ 中綴じ ☐ 平綴じ ☐ くるみ製本					
	☐ その他→					
仕上げ加工	☐ 二つ折 ☐ 片袖折 ☐ 外三つ折 ☐ 内三つ折 ☐ 観音折 ☐ 四つ折 ☐ 十字折					
入稿媒体	☐ 無 ☐ 紙 ☐ FD ☐ CD-R ☐ DVD-R ☑ その他→	メール送付				
使用ソフト	☐ Word ☑ Excel ☐ PDF ☐ その他→					
穴あけ	☐ 無 ☑ 希望 → ☑ 左2穴 ☐ 右2穴 ☐ その他→					
裁断	☐ なし ☐ あり					
校正回数	文字校正 1 回	色校正 1 回				
納入期限	令和 9 年 1 月 29 日					
納入方法	☐ 指示なし ☑ 指示あり →	適数を紙で包んでください				
納入場所（住所）	浜松市中央区鴨江二丁目11番2号（保健所東側）					
	口腔保健医療センター					
デジタルデータ作成（納品時）	☑ 無					
	☐ 希望あり → ☐ PDF ☐ イラストレーター ☐ その他→					
発行者・発行年月日の表示	☐ 無 ☑ 有 → 発行者／	浜松市	発行年月日／	令和9年4月発行		
その他						

＊著作権が生じる場合、浜松市が権利を有するものとする。