

仕 様 書

契約No	件名	2026006332	大腸がん検診票、子宮頸がん検診票の印刷について
業 種	2016印刷		
納入期限	令和8年7月24日(金)		
納入場所	健康福祉部健康増進課 浜松市中央区鴨江二丁目11番2号		
目 的	がん検診事業に使用するため、印刷発注するもの。		
品名規格	①大腸がん検診票 ②子宮頸がん検診票		
数 量	①300冊 ②250冊		
同等品	否		
	<small>(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。</small>		
条 件 及び 注意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ 必要な場合は見積提出の前に担当者より見本を受け取り、説明を受けること。 ・ 落札後、速やかに健康増進課へ連絡すること。 ・ 納品前に検品チェックを行うこと。 ・ 納品は担当職員立会いのもと、実施すること。 ・ 契約不適合があった場合は代替品を用意すること。 		
お問い合わせ先	健康福祉部健康増進課 調整・予防グループ 担当:永井		
	TEL:053-453-6119		FAX:053-453-6133

印刷仕様書		契約番号	2026006332	
担当課	健康増進課	グループ	調整・予防グループ	
連絡先	453-6119	担当者氏名	永井 風花	
件名	大腸がん検診票、子宮頸がん検診票の印刷について			
印刷物種類	<input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> ポスター <input type="checkbox"/> リーフレット <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> ページ物 <input type="checkbox"/> シーリングはがき <input checked="" type="checkbox"/> その他			
印刷方法	<input type="checkbox"/> オフセット(平版) <input type="checkbox"/> 軽印刷 <input type="checkbox"/> 凹版(グラビア) <input type="checkbox"/> 孔版(スクリーン) <input checked="" type="checkbox"/> その他			
仕上寸法	<input checked="" type="checkbox"/> A4 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> B5 <input type="checkbox"/> A5 <input type="checkbox"/> その他→		本文	ページ
部数(冊数)	①大腸がん検診票:300冊		②子宮頸がん検診票:250冊	
用紙種類 (自由記載)	●(表紙)	表紙と裏表紙(厚紙)あり		
	●(本文)	見本のとおり		
	●(見返し)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり →	(前後	ページ分)
	●用紙(サイズ・重さ)	ノーカーボン(見本のとおり)		
	●再生紙	見本のとおり		
	<input type="checkbox"/> A4 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> B5 <input type="checkbox"/> その他→		mm ×	mm
サンプル品	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 → (提供場所)		健康増進課	
印刷面・色数	<input checked="" type="checkbox"/> 表のみ <input type="checkbox"/> 裏のみ <input type="checkbox"/> 表・裏両面	1色	本文・色数	1色
レイアウト等	<input type="checkbox"/> レイアウト・デザイン含む <input type="checkbox"/> ラフスケッチ			
写真	カラー	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	点・モノクロ	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
写真データ	<input type="checkbox"/> データ <input type="checkbox"/> ネガフィルム <input type="checkbox"/> ポジフィルム <input type="checkbox"/> プリント			
イラスト/点数	<input type="checkbox"/> イラスト支給	表紙	点	
	<input type="checkbox"/> 書き起こし	本文	点	
製本	<input type="checkbox"/> 無線綴じ <input type="checkbox"/> 中綴じ <input type="checkbox"/> 平綴じ <input type="checkbox"/> くるみ製本			
	<input checked="" type="checkbox"/> その他→		見本のとおり	
仕上げ加工	<input type="checkbox"/> ニつ折 <input type="checkbox"/> 片袖折 <input type="checkbox"/> 外三つ折 <input type="checkbox"/> 内三つ折 <input type="checkbox"/> 観音折 <input type="checkbox"/> 四つ折 <input type="checkbox"/> 十字折			
入稿媒体	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> FD <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> DVD-R <input type="checkbox"/> その他→			
使用ソフト	<input type="checkbox"/> Word <input type="checkbox"/> Excel <input type="checkbox"/> PDF <input type="checkbox"/> その他→			
穴あけ	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 希望 → <input checked="" type="checkbox"/> 左2穴 <input type="checkbox"/> 右2穴 <input type="checkbox"/> その他→			
裁断	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
校正回数	文字校正	2回	色校正	回
納入期限	令和 8年 7月 24日			
納入方法	<input type="checkbox"/> 指示なし <input checked="" type="checkbox"/> 指示あり →	20冊で包装し、側面に検診票名・発行年月を表示すること。 包装の仕方については担当者より指示を受けること。		
納入場所 (住所)	健康福祉部健康増進課 浜松市中央区鴨江二丁目11番2号			
デジタルデータ作成 (納品時)	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 希望あり → <input checked="" type="checkbox"/> PDF <input type="checkbox"/> イラストレーター <input type="checkbox"/> その他→			
発行者・発行年月日の表示	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 → 発行者／	浜松市	発行年月日／	2026年7月
その他	・校正確認を必ず取ること。 ・4枚1組の複写(ノーカーボン)で作成し、25セットで1冊とすること。			

* 著作権が生じる場合、浜松市が権利を有するものとする。

あて先

浜松市長 様

見積者 住所又は
所在地
商号又は
名称
代表者氏名
連絡先(TEL)

見積明細書

- ・2種以上の品目の見積には内訳金額が分かるよう、必ずこちらを作成してください。
- ・見積明細書と同等品提案票は落札候補者のみ、開札後、紙で調達課へ提出となります。
- ・下記金額には消費税は含まれません。

契約No.	2026006332	件名	大腸がん検診票、子宮頸がん検診票の印刷について
-------	------------	----	-------------------------

同等品の提案	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
--------	------------------------------------------------------------------

	品名	規格	単位	数量	単価(円)	金額(円)
1	印刷	大腸がん検診票	冊	300		
2	印刷	子宮頸がん検診票	冊	250		
合計						

- * **見積明細**と合計金額を記入してください。
- * 一度添付した**見積明細書**は、訂正、撤回は出来ませんのでご注意ください。