

令和 7 年度	執行伺番号	9554
---------	-------	------

単式帳票・リーフレット用仕様書(折りがあっても広げたら1枚になる印刷物はこれを使用)

※購入(修繕)伺書の明細・規格欄と同じ記入をすること

帳票名	社会福祉法人等利用者負担軽減確認証		数量	250枚	
サイズ	<input type="checkbox"/> A6 (148mm×105mm) <input type="checkbox"/> A5 (210mm×148mm) <input type="checkbox"/> A4 (297mm×210mm) <input type="checkbox"/> A3 (420mm×297mm) <input type="checkbox"/> A2 (594mm×420mm)		<input type="checkbox"/> B5 (257mm×182mm) <input type="checkbox"/> B4 (364mm×257mm) <input type="checkbox"/> B3 (515mm×364mm) <input checked="" type="checkbox"/> その他 B7 ( 128 ) mm × ( 91 ) mm		
折	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無			
紙質	( 色上質紙 )				
紙の色	色がついていない紙を使用する		<input checked="" type="checkbox"/>	色がついている紙を使用する	
	「色がついている紙を使用する」の場合 紙の色 ( うぐいす )				
厚み	( 特厚口 )				
紙質に採用する仕様	再生紙を	<input type="checkbox"/> 使用する	<input checked="" type="checkbox"/>	使用しない	
	「使用する」古紙含有率	( ) %	( ) %以上	問わない	
印刷・色数	<input checked="" type="checkbox"/> 片面 ( 1 ) 色	<input type="checkbox"/> 両面 ( ) 色 ( ) 色			
写真	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/>	無		
イラスト	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/>	無		
その他の図等	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/>	無		
穴	<input type="checkbox"/> 有 ( ) 穴	※「有」の場合は原稿に穴位置を指定すること。			<input checked="" type="checkbox"/> 無
納品の状態	のり ( ) 枚/冊	のりの位置	<input type="checkbox"/> 上	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 右
	<input checked="" type="checkbox"/> 束 ( 100 ) 枚/束				
	特に問わない				
原稿	<input checked="" type="checkbox"/> 紙	<input type="checkbox"/>	データ		
事前協議	<input checked="" type="checkbox"/> 要	担当者 ( 沖村 ) ・担当者所属部所 ( 介護保険課 )	<input type="checkbox"/> 不要		
校正	担当者 ( 沖村 ) ・担当者所属部所 ( 介護保険課 給付係 TEL 231-1139 )				
納入場所	福祉部介護保険課(本庁舎西棟2F A5番窓口)				
納入期限	令和7年(2025年)11月28日(金)				
見積書提出方法	見積書提出期限までに、持参、郵送、下記番号にFAX、または電子メール(PDFファイルに限る)により提出すること。				
見積書提出期限	令和7年9月11日(木)午前10時				
見積書提出先	下関市 福祉部 介護保険課 担当 串田				
連絡先	TEL	231-1162	FAX	231-2743	
E-mail	<a href="mailto:hfkagoh@city.shimonoseki.yamaguchi.jp">hfkagoh@city.shimonoseki.yamaguchi.jp</a>				
納品・印刷方法等に希望がある場合に記入	・印字位置のチェックを行うため、校正刷りは10枚必要。(校正刷り10枚は成果数に含まない) ・カラーコピーを除く。 ※原稿見本は、介護保険課(本庁舎西棟2階青色A5番窓口)にあります。 ・見積書には「支払期限は、請求書受領後30日以内とする。」を明記してください。 ・見積書の代表者印の押印を省略する場合は、所在地、商号又は名称、代表者の役職及び氏名に加え、必ず「責任者氏名及び連絡先」、「担当者氏名及び連絡先」を明記してください。 ※責任者は代表者又は契約等の権限を委任された者 ※責任者と担当者が同一の場合でもそれぞれ記入。(同上可) ※確認のため、必要に応じて電話連絡をさせていただく場合がございます。 ・押印を省略しない見積書を、FAX又は電子メールで提出し落札した場合は、落札後速やかに、見積書の原本を提出してください。				