

印刷仕様書

1 品名・数量・規格等

| 品名 注射・点滴チェックカード | | | | |
|--|--|---|--|------------------------------|
| 規格 | 紙質 | 印刷の種別 | 印刷の方法 | 刷り色 |
| 変形サイズ ミリ ミリ (140×90) インチ インチ (×) | 再生上質紙 用紙・文字色は、見本参照。 | 活版 タイプオフ オフセット 電算写植 電子複写 | <input type="checkbox"/> 両面刷 (4色刷) 片面刷 (度刷) | <input type="checkbox"/> カラー |
| | | 活版 タイプオフ オフセット 電算写植 電子複写 | 両面刷 (/ 度刷) 片面刷 (度刷) | |
| | その他 | | | |
| 印刷数量・製本単位 | | 校正 | | |
| <input type="checkbox"/> 単葉 複写 帳簿 | 1900枚 ((ひとたば)) 冊 (枚1組× 組/冊) カーボン 有・無 色 () 減感 有・無 冊 (冊:本文 頁・枚、 間紙 枚) | 要 (1回以上)、色校正 (1回以上)、責任校正 見本も提出のこと | | |
| | | 校正場所 広島市立広島市民病院 管理棟1階 医療支援センター 【担当:坂本(電話 221-2291)(代表)】 | | |
| | | 納入場所 同上 | | |
| バラ(帯封) 天のり 左のり 下のり 穴あけ() 中とじ 平とじ (左・右・天) 無線とじ (左・右・天) <input type="checkbox"/> ラミネート加工 ミシン (か所) No.リング (有・無) ()折 | | 納入期限 平成29年 7月 2日 (金曜日) | | |
| | | 備考 その他、仕様の詳細は、見本のとおりとする。 データ(USB)渡しあり。 | | |

2 一般的条項

- ① 受注者は、納入期限を厳守するとともに、納品にあたっては、事故が生じないよう十分配慮し、疑義が生じた場合には、当院に連絡すること。
- ② 原稿は契約後、担当者まで取りにくること。(要事前連絡)

3 検査及び引き渡し

受注者は、納品に当っては、速やかに事務室用度担当に連絡し、当院の指定する者の検査を受け、引き渡しを行うこと。

なお、検査の結果、不合格となった場合の取り替え等に要する費用は、受注者の負担とする。

4 その他

この仕様書に疑義のあるとき、または定めのない事項については、双方、協議して定めるものとする。