

# 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"/> パウチ加工 <input type="checkbox"/> 角丸 ミシン ( か所) No.リング (有・無) ( )折		納入期限 平成29年 7月 7日 (金曜日)		
		備考 その他、仕様の詳細は、見本のおりとする。 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。