

仕 様 書

この仕様書は、車椅子（以下「機器」という）の購入について適用する。

1 品名及び数量、規格その他

以下のものとし、搬入、組立、調整等を含むものとする。

品名	規格（型番）	メーカー名	数量
マイチルト・プロ	<MH-PR> 1.バックサポートフレーム形状&高さ 3D 立体スリングシート 背シート高さ： 610 mm 2.前座高：450 mm（6×18） 3.座幅：440 mm 4.座シート奥行：440 mm 5.ヘッドサポート形状：BJ-B（浅いタイプ） 6-1.アームサポート高さ：上下式（80~280 mm 9段階） 6-2.アームサポート形状：肘ハット幅標準(60mm) 7-1.フットレックサポート形状：スイングアウト&エレベータータイプ 7-2.フットサポート形状：AJタイプ（前後&角度調整式） 8.フレーム色：シルバーメタリック 9.シート色：M-3(メッシュ黒) 10.その他オプション：ドラム式介助ブレーキ	(株)松永製作所	1台

※特記事項（以下に留意して見積ること）

1. 標準付属品一式を含む。
2. 当該機器の購入により不要となる旧品については、事務室職員の指示に従って、指定場所に移動させること。

2 一般的条項

- (1) 納品機器は、新品未使用品とする。
- (2) 受注者は、契約締結後、搬入日時及び搬入経路等について、速やかにリハビリテーション技術科職員と協議し、その結果を事務室職員に連絡すること。
- (3) 受注者は、納入を予定している機器の調整、保安及びその他必要な管理について、受注者の費用負担により責任を持って適切に行うこと。
- (4) 受注者は、搬入当日の作業開始時に、事務室職員に作業を開始する旨の連絡をすること。作業終了時も同様とする。
- (5) 受注者は、機器の搬入・設置にあたって、(2)により協議した経路により搬入し、リハビリテーション技術科職員が指示した場所に設置するものとする。
- (6) 受注者は、機器の搬入・設置にあたって、病院の施設等に損傷を与えないように配慮し、必要に応じて、搬入経路の養生等適切な措置を、受注者の費用負担により実施すること。
なお、病院の施設等に損傷を与えた場合は、直ちに事務室職員に報告し、受注者の費用負担により速やかに原状回復を行うこと。
- (7) 受注者は、機器の搬入・設置時に発生する梱包資材及び包装紙等のゴミを持ち帰ること。
- (8) 受注者は、機器の設置後に、受注者の費用負担による操作方法の説明を、リハビリ

テーション技術科職員が指定する日時・場所で行うこと。

(9) 受注者は、機器の引き渡しの際、次の書類を提出すること。

ア. 機器の構造、機能及び取扱いに関する説明書

3 納入期限

平成31年3月15日（金）

4 納入場所

広島市立リハビリテーション病院 リハビリテーション技術科【担当：岡崎】
（広島市安佐南区伴南一丁目39番1号）（電話番号 848-8001）

5 検査及び引き渡し

受注者は、搬入・設置及び調整完了後、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、機器の引き渡しを行うこと。

検査の際は、発注したメーカー名・規格・型番等が明確に確認できるものを用意しておくこと。確認できない場合は検査不合格とする。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。

6 保安及び保証期間

(1) 受注者は、納入機器に発生した故障及び事故に対して、事務室職員からの依頼により迅速・適切に対応すること。

(2) 保証期間は、本機器検査受領後1か年とする。ただし、受注者又は製造者の責任に帰する機器の破損及び故障については、保証期間終了後であっても無償修理又は良品と取り替えるものとする。

7 その他

この仕様書に定めのない事項又は疑義が生じたときは、事務室職員及び受注者が協議のうえ決定するものとする。