

印刷仕様書

1 品名・数量・規格等

品名 麻酔科術前問診票 2 穴				
規格 A 4 判 変形サイズ ミリ ミリ (×) 電算帳票 インチ インチ (×)	紙質	印刷の種類	印刷の方法	刷り色
	表紙	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)	
	内容 上質 5 5 k	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 (1 / 1 度刷)	黒
印刷数量・製本単位 単葉 複写 1 × 100 組 × 100 冊 冊 (枚 1 組 × 組 / 冊) カーボン 有・無 色 () 減 感 有・無 帳簿 冊 (冊 : 本文 頁・ 枚、 間紙 枚)			校正 要 文字校正 (1 回以上) 責任校正 ※出来上がり見本も提出のこと	
			校正場所 広島市立広島市民病院 中央棟 3 階 中央手術室 【担当：斉藤】 (広島市中区基町 7 番 33 号)	
バラ (帯封) 天のりマール巻き 左のり 下のり 穴あけ (2 穴) 中とじ 平とじ (左・右・天) 無線とじ (左・右・天) ミシン (か所) No.リング (有・無) () 折			備考 ・データ修正有 ・その他、仕様の詳細は、見本のとおりとする。	

2 一般的条項

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。

3 納入期限

令和5年3月31日（金）

なお、納入に際し予め納入場所を確認したうえ、当院が別途指定する日時に納入すること。

4 納入場所

広島市立広島市民病院 中央棟3階 中央手術室【担当：斉藤】
(広島市中区基町7番33号)

5 検査及び引き渡し

受注者は、納品に当たっては、速やかに事務室用度担当へ連絡し、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。

6 その他

本件に関する疑義が生じた場合は、ただちに当院係員に連絡協議のうえ決定する。