

一般印刷物仕様書

保健福祉局医療衛生推進室医療衛生企画課（担当：百々、原田）

電話番号：075-222-4421

1	件名	① RS予防接種に係る案内文の印刷
2	数量	1枚もの（ポスター等） <u>10,750</u> 枚（ <input checked="" type="checkbox"/> 片面印刷 <input type="checkbox"/> 両面印刷） ページ物（冊子等） _____部（本文 _____頁 表紙 _____頁） セット物（帳票等） _____冊・セット（ _____枚 _____組× _____冊・セット）
3	寸法	<input checked="" type="checkbox"/> A <u>4</u> 判 <input type="checkbox"/> B _____判 <input type="checkbox"/> その他（縦 _____cm×横 _____cm）
4	刷色	（表紙（表）） <input type="checkbox"/> 黒1色 <input type="checkbox"/> 2色 <input type="checkbox"/> 4色 <input type="checkbox"/> 特色 _____色 備考（ _____） （表紙（裏）） <input type="checkbox"/> 黒1色 <input type="checkbox"/> 2色 <input type="checkbox"/> 4色 <input type="checkbox"/> 特色 _____色 備考（ _____） （本文（表）） <input checked="" type="checkbox"/> 黒1色 <input type="checkbox"/> 2色 <input type="checkbox"/> 4色 <input type="checkbox"/> 特色 _____色 備考（ _____） （本文（裏）） <input type="checkbox"/> 黒1色 <input type="checkbox"/> 2色 <input type="checkbox"/> 4色 <input type="checkbox"/> 特色 _____色 備考（ _____）
5	原稿	<input type="checkbox"/> 完成版下渡し （フロッピー・MO等で提供の場合 _____月 _____日以降提供；作成使用機種 _____） <input checked="" type="checkbox"/> PDF渡し <input type="checkbox"/> 見本通りの訂正作業要 <input type="checkbox"/> ルビ有り <input type="checkbox"/> グラデーション有り <input checked="" type="checkbox"/> その他（デザイン含む。訂正箇所は、契約後指示する）
6	資料提供	写真（カラー _____点・白黒 _____点） イラスト _____点 図表 _____点 その他（ _____）
7	紙質	再生紙（ <input type="checkbox"/> 不使用 ・ 使用 _____（グリーン購入基準（適・否）） 本文等： <input checked="" type="checkbox"/> 上質紙 _____kg アート紙 _____kg コート紙 _____kg その他（ _____） 表紙：上質紙 _____kg アート紙 _____kg コート紙 _____kg その他（ _____） 特殊紙（ 不使用 ・ 使用 →詳細 _____）
8	製本	<input checked="" type="checkbox"/> 折り（二つ折・三つ折・観音折・ <input checked="" type="checkbox"/> その他 封入の際に三折りを行う。（別紙1参照） _____） <input type="checkbox"/> 綴じ（中とじ・平とじ・無線とじ・糸かがり・上製本・その他 _____） <input type="checkbox"/> 天のり <input type="checkbox"/> 横のり <input type="checkbox"/> 穴あけ _____穴 <input type="checkbox"/> その他（ _____）
9	校正	文字校正 <u>2</u> 回 色校正 _____回 青焼校正 _____回 その他（誤字、脱字がある場合、校正回数が増える場合あり。）
10	その他指示事項	写真による版の作成不可。校了後データは、修正可能な状態で医療衛生企画課に送付すること。
11	履行期限	<u>令和8年3月19日（木）</u>
12	履行場所	納品方法は別紙1のとおり。

（参加業者の方へ）仕様について不明な点がある場合は、契約課担当者の指示を受けてください。

（参考）グリーン購入基準が「適」の場合は、「京都市役所グリーン調達推進方針」及び国の「環境物品等の調達の推進に関する基本方針」の特定調達物品判断基準を満たすことが必要です。

- ・印刷用紙：総合評価値 80 以上
- ・フォーム用紙：古紙パルプ配合率 70%以上かつ白色度 70%程度以下
塗工量（両面）12g/m²以下（塗工紙）
- ・事務用封筒：古紙パルプ配合率 40%以上

一 般 印 刷 物 仕 様 書

保健福祉局医療衛生推進室医療衛生企画課（担当：百々、原田）

電話番号：075-222-4421

1	件名	② RS予防接種予診票（接種券付）の印刷
2	数量	1枚もの（ポスター等） <u>10,750</u> 枚（□片面印刷 ■両面印刷） ページ物（冊子等） _____部（本文 _____頁 表紙 _____頁） セット物（帳票等） _____冊・セット（ _____枚 _____組× _____冊・セット）
3	寸法	□A _____判 ■B <u>5</u> 判 □その他（縦 _____cm×横 _____cm）
4	刷色	（表紙（表））□黒1色■ 2色 □4色 ■特色 <u>水</u> 色 備考（水色の縁取り） （表紙（裏））□黒1色■ 2色 □4色 ■特色 <u>水</u> 色 備考（水色の縁取り） （本文（表））□黒1色□ 2色 □4色 □特色 _____色 備考（ _____） （本文（裏））□黒1色□ 2色 □4色 □特色 _____色 備考（ _____）
5	原稿	□完成版下渡し （フロッピー・MO等で提供の場合 _____月 _____日以降提供；作成使用機種 _____） ■PDF渡しまたは原稿紙渡し □見本通りの訂正作業要 □ルビ有り □グラデーション有り ■その他（訂正箇所は、契約後指示する）
6	資料提供	写真（カラー _____点・白黒 _____点） イラスト _____点 図表 _____点 その他（ _____）
7	紙質	再生紙（ <input type="checkbox"/> 不 <input checked="" type="checkbox"/> 使用（グリーン購入基準（適・否）） 本文等：上質紙 _____kg アート紙 _____kg コート紙 _____kg <input type="checkbox"/> その他（色上質 薄口 白色 _____） 表紙：上質紙 _____kg アート紙 _____kg コート紙 _____kg その他（ _____） 特殊紙（ <input type="checkbox"/> 不 <input checked="" type="checkbox"/> 使用 →詳細 _____）
8	製本	■折り（二つ折・三つ折・観音折・ <input type="checkbox"/> その他 封入の際に三折りを行う。（別紙1参照） _____） □綴じ（中とじ・平とじ・無線とじ・糸かがり・上製本・その他 _____） □天のり □横のり ■穴あけ <u>1</u> 穴 ■その他（概ね見本のとおりミシン目を入れること。）
9	校正	文字校正 <u>2</u> 回 色校正 <u>1</u> 回 青焼校正 _____回 その他（誤字、脱字がある場合、校正回数が増える場合あり。）
10	その他指示事項	ミシン目1か所及び穴あけ1か所要。写真による版の作成不可。 校了後データは、修正可能な状態で医療衛生企画課に送付すること。
11	履行期限	<u>令和8年3月19日（木）</u>
12	履行場所	納品方法は別紙1のとおり。

（参加業者の方へ）仕様について不明な点がある場合は、契約課担当者の指示を受けてください。

（参考）グリーン購入基準が「適」の場合は、「京都市役所グリーン調達推進方針」及び国の「環境物品等の調達の推進に関する基本方針」の特定調達物品判断基準を満たすことが必要です。

- ・印刷用紙：総合評価値 80以上
- ・フォーム用紙：古紙パルプ配合率 70%以上かつ白色度 70%程度以下
塗工量（両面）12g/m²以下（塗工紙）
- ・事務用封筒：古紙パルプ配合率 40%以上

一 般 印 刷 物 仕 様 書

保健福祉局医療衛生推進室医療衛生企画課（担当：百々、原田）

電話番号：075-222-4421

1	件 名	③ RS予防接種のお知らせの印刷
2	数 量	1枚もの（ポスター等） <u>10,750</u> 枚（□片面印刷 ■両面印刷） ページ物（冊子等） _____部（本文 _____頁 表紙 _____頁） セット物（帳票等） _____冊・セット（ _____枚 _____組× _____冊・セット）
3	寸 法	■A <u>4</u> 判 □B _____判 □その他（縦 _____cm×横 _____cm）
4	刷 色	（表紙（表））□黒1色■ 2色 □4色 ■特色 <u>水</u> 色 備考（水色の縁取り） （表紙（裏））□黒1色■ 2色 □4色 ■特色 <u>水</u> 色 備考（水色の縁取り） （本文（表））□黒1色□ 2色 □4色 □特色 _____色 備考（ _____） （本文（裏））□黒1色□ 2色 □4色 □特色 _____色 備考（ _____）
5	原 稿	□完成版下渡し （フロッピー・MO等で提供の場合 _____月 _____日以降提供；作成使用機種 _____） ■PDF渡し □見本通りの訂正作業要 □ルビ有り □グラデーション有り ■その他（訂正箇所は、契約後指示する）
6	資料提供	写真（カラー _____点・白黒 _____点） イラスト _____点 図表 _____点 その他（ _____）
7	紙 質	再生紙（ <input type="checkbox"/> 不 <input checked="" type="checkbox"/> 使用 （グリーン購入基準（適・否）） 本文等：上質紙 _____kg アート紙 _____kg コート紙 _____kg <input checked="" type="checkbox"/> その他（色上質 薄口 白色 _____） 表紙：上質紙 _____kg アート紙 _____kg コート紙 _____kg その他（ _____） 特殊紙（ <input type="checkbox"/> 不 <input checked="" type="checkbox"/> 使用 →詳細 _____）
8	製 本	■折り（二つ折・三つ折・観音折・ <input checked="" type="checkbox"/> その他 封入の際に三折りを行う。（別紙1参照） _____） □綴じ（中とじ・平とじ・無線とじ・糸かがり・上製本・その他 _____） □天のり □横のり □穴あけ _____穴 □その他（ _____）
9	校 正	文字校正 <u>2</u> 回 色校正 <u>1</u> 回 青焼校正 _____回 その他（誤字、脱字がある場合、校正回数が増える場合あり。）
10	その他 指示事項	写真による版の作成不可。校了後データは、修正可能な状態で医療衛生企画課に送付すること。
11	履行期限	<u>令和8年3月19日（木）</u>
12	履行場所	納品方法は別紙1のとおり。

（参加業者の方へ）仕様について不明な点がある場合は、契約課担当者の指示を受けてください。

（参考）グリーン購入基準が「適」の場合は、「京都市役所グリーン調達推進方針」及び国の「環境物品等の調達の推進に関する基本方針」の特定調達物品判断基準を満たすことが必要です。

- ・印刷用紙：総合評価値 80以上
- ・フォーム用紙：古紙パルプ配合率 70%以上かつ白色度 70%程度以下
塗工量（両面）12g/m²以下（塗工紙）
- ・事務用封筒：古紙パルプ配合率 40%以上

一 般 印 刷 物 仕 様 書

保健福祉局医療衛生推進室医療衛生企画課（担当：百々、原田）

電話番号：075-222-4421

1	件 名	④ RS予防接種に係る対象者向けチラシの印刷
2	数 量	1枚もの（ポスター等） <u>10,750</u> 枚（□片面印刷 ■両面印刷） ページ物（冊子等） _____部（本文 _____頁 表紙 _____頁） セット物（帳票等） _____冊・セット（ _____枚 _____組× _____冊・セット）
3	寸 法	■A <u>4</u> 判 □B _____判 □その他（縦 _____cm×横 _____cm）
4	刷 色	（表紙（表））□黒1色□ 2色 □4色 □特色 _____色 備考（ _____） （表紙（裏））□黒1色□ 2色 □4色 □特色 _____色 備考（ _____） （本文（表））□黒1色□ 2色 ■4色 □特色 _____色 備考（ カラー _____） （本文（裏））□黒1色□ 2色 ■4色 □特色 _____色 備考（ カラー _____）
5	原 稿	□完成版下渡し （フロッピー・MO等で提供の場合 _____月 _____日以降提供；作成使用機種 _____） ■PDF渡し □見本通りの訂正作業要 □ルビ有り □グラデーション有り ■その他（訂正箇所は、契約後指示する）
6	資料提供	写真（カラー _____点・白黒 _____点） イラスト _____点 図表 _____点 その他（ _____）
7	紙 質	再生紙（ <input type="checkbox"/> 不 <input checked="" type="checkbox"/> 使用 _____ ・ 使用 _____（グリーン購入基準（適・否）） 本文等：上質紙 _____kg アート紙 _____kg <input checked="" type="checkbox"/> コート紙 90 kg その他（ _____） 表紙：上質紙 _____kg アート紙 _____kg コート紙 _____kg その他（ _____） 特殊紙（ <input type="checkbox"/> 不 <input checked="" type="checkbox"/> 使用 →詳細 _____）
8	製 本	■折り（二つ折・三つ折・観音折・ <input checked="" type="checkbox"/> その他 封入の際に三折りを行う。（別紙1参照）） □綴じ（中とじ・平とじ・無線とじ・糸かがり・上製本・その他 _____） □天のり □横のり □穴あけ _____穴 □その他（ _____）
9	校 正	文字校正 <u>2</u> 回 色校正 <u>1</u> 回 青焼校正 _____回 その他（誤字、脱字がある場合、校正回数が増える場合あり。）
10	そ の 他 指 示 事 項	写真による版の作成不可。校了後データは、修正可能な状態で医療衛生企画課に送付すること。
11	履 行 期 限	<u>令和8年3月19日（木）</u>
12	履 行 場 所	納品方法は別紙1のとおり。

（参加業者の方へ）仕様について不明な点がある場合は、契約課担当者の指示を受けてください。

（参考）グリーン購入基準が「適」の場合は、「京都市役所グリーン調達推進方針」及び国の「環境物品等の調達の推進に関する基本方針」の特定調達物品判断基準を満たすことが必要です。

- ・印刷用紙：総合評価値 80 以上
- ・フォーム用紙：古紙パルプ配合率 70%以上かつ白色度 70%程度以下
塗工量（両面）12g/m²以下（塗工紙）
- ・事務用封筒：古紙パルプ配合率 40%以上

一 般 印 刷 物 仕 様 書

保健福祉局医療衛生推進室医療衛生企画課（担当：百々、原田）
電話番号：075-222-4421

1	件 名	⑤ 封筒（長形3号）の印刷
2	数 量	1枚もの（ポスター等） <u>10,750</u> 枚（ <input checked="" type="checkbox"/> 片面印刷 <input type="checkbox"/> 両面印刷） ページ物（冊子等） _____部（本文_____頁 表紙_____頁） セット物（帳票等） _____冊・セット（ _____枚 _____組× _____冊・セット）
3	寸 法	<input type="checkbox"/> A _____判 <input type="checkbox"/> B _____判 <input checked="" type="checkbox"/> その他（縦 <u>235</u> mm×横 <u>120</u> mm）
4	刷 色	（表紙（表）） <input type="checkbox"/> 黒1色 <input type="checkbox"/> 2色 <input type="checkbox"/> 4色 <input type="checkbox"/> 特色_____色 備考（ _____） （表紙（裏）） <input type="checkbox"/> 黒1色 <input type="checkbox"/> 2色 <input type="checkbox"/> 4色 <input type="checkbox"/> 特色_____色 備考（ _____） （本文（表）） <input checked="" type="checkbox"/> 黒1色 <input type="checkbox"/> 2色 <input type="checkbox"/> 4色 <input type="checkbox"/> 特色_____色 備考（ _____） （本文（裏）） <input type="checkbox"/> 黒1色 <input type="checkbox"/> 2色 <input type="checkbox"/> 4色 <input type="checkbox"/> 特色_____色 備考（ _____）
5	原 稿	<input type="checkbox"/> 完成版下渡し （フロッピー・MO等で提供の場合 _____月 _____日以降提供；作成使用機種 _____） <input checked="" type="checkbox"/> PDF渡し <input type="checkbox"/> 見本通りの訂正作業要 <input type="checkbox"/> ルビ有り <input type="checkbox"/> グラデーション有り <input checked="" type="checkbox"/> その他（デザイン含む。訂正箇所は、契約後指示する）
6	資料提供	写真（カラー_____点・白黒_____点） イラスト_____点 図表_____点 その他（別紙2を参照 _____）
7	紙 質	クラフト85g
8	製 本	<input type="checkbox"/> 折り（ 二つ折・三つ折・観音折・その他_____） <input type="checkbox"/> 綴じ（ 中とじ・平とじ・無線とじ・糸かがり・上製本・その他_____） <input type="checkbox"/> 天のり <input type="checkbox"/> 横のり <input type="checkbox"/> 穴あけ_____穴 <input type="checkbox"/> その他（ _____）
9	校 正	文字校正 <u>2</u> 回 色校正 _____回 青焼校正 _____回 その他（誤字、脱字がある場合、校正回数が増える場合あり。）
10	そ の 他 指 示 事 項	写真による版の作成不可。校了後データは、修正可能な状態で医療衛生企画課に送付すること。
11	履行期限	<u>令和8年3月19日（木）</u>
12	履行場所	納品方法は別紙1のとおり。

（参加業者の方へ）仕様について不明な点がある場合は、契約課担当者の指示を受けてください。

（参考）グリーン購入基準が「適」の場合は、「京都市役所グリーン調達推進方針」及び国の「環境物品等の調達の推進に関する基本方針」の特定調達物品判断基準を満たすことが必要です。

- ・印刷用紙：総合評価値 80 以上
- ・フォーム用紙：古紙パルプ配合率 70%以上かつ白色度 70%程度以下
塗工量（両面）12g/m²以下（塗工紙）
- ・事務用封筒：古紙パルプ配合率 40%以上

【納品方法】

納品方法等については、以下のとおり行うこと。

ア 前述⑤の封筒に、前述①～④を三折りで1部ずつ封入して1セットとする。

イ アでセットした封筒を、下表（納入先一覧）に記載している各区役所・支所保健福祉センターに指定した部数の帳票を納品し、納入先から受領印をもらうこと。

※ 配送の漏れ等が発生した場合、速やかに当課に報告し、指示を受けること。

（納入先一覧）

納品先名称	住所	部数
北区保健福祉センター 子どもはぐくみ室 子育て相談担当	〒603-8511 北区紫野東御所田町 33-1	760
上京区保健福祉センター 子どもはぐくみ室 子育て相談担当	〒602-8511 上京区今出川通室町西入堀出シ町 285 番地	490
左京区保健福祉センター 子どもはぐくみ室 子育て相談担当	〒606-8511 左京区松ヶ崎堂ノ上町 7-2	1,070
中京区保健福祉センター 子どもはぐくみ室 子育て相談担当	〒604-8588 中京区西堀川通御池下る西三坊堀川町 521	870
東山区保健福祉センター 子どもはぐくみ室 子育て相談担当	〒605-8511 東山区清水五丁目 130 番地の 6	190
山科区保健福祉センター 子どもはぐくみ室 子育て相談担当	〒607-8511 山科区榊辻池尻町 14-2	910
下京区保健福祉センター 子どもはぐくみ室 子育て相談担当	〒600-8588 下京区西洞院通塩小路上る東塩小路町 608-8	610
南区保健福祉センター 子どもはぐくみ室 子育て相談担当	〒601-8511 南区西九条南田町 1-3	960
右京区保健福祉センター 子どもはぐくみ室 子育て相談担当	〒616-8511 右京区太秦下刑部町 12	1,410
西京区役所保健福祉センター 子どもはぐくみ室 子育て相談担当	〒615-8522 西京区上桂森下町 25-1	970
洛西支所保健福祉センター 子どもはぐくみ室 子育て相談担当	〒610-1198 西京区大原野東境谷町二丁目 1-2	230
伏見区保健福祉センター 子どもはぐくみ室 子育て相談担当	〒612-8511 伏見区鷹匠町 39-2	1,240
深草支所保健福祉センター 子どもはぐくみ室 子育て相談担当	〒612-0861 伏見区深草向畑町 93-1	490
醍醐支所保健福祉センター 子どもはぐくみ室 子育て相談担当	〒601-1366 伏見区醍醐大構町 28	250
医療衛生企画課（京北出張所分 50 部含む）	〒604-8571 中京区寺町通御池上る上本能寺前町 4 8 8（北庁舎 3 階）	300
	合計	10,750



妊娠28週0日～36週6日の妊婦さん対象

令和8年4月1日から、
RSウイルス感染症に対する
母子免疫ワクチン定期接種を
実施します。

差出人



京都市
CITY OF KYOTO

〒604-8571

京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町 488 番地

京都市保健福祉局

医療衛生推進室 医療衛生企画課

TEL(075)222-4421 / FAX(075)708-6212