

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 西村、百々 電話 222-4421)

1	件 名	① 日本脳炎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>9,800</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 () (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(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 <input checked="" type="checkbox"/> 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 (<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 _____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9年3月31日(水)</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 西村、百々 電話 222-4421)

1	件 名	② 日本脳炎予防接種予診票（接種券付）の印刷
2	数 量	1枚もの（ポスター等） <u>9,800</u> 枚（ <input type="checkbox"/> 片面印刷 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> B <u>5</u> 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 checked="" 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渡しまたは原稿紙渡し <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（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 checked="" type="checkbox"/> 不使用 ・ 使用（グリーン購入基準（適・否）） 本文等：上質紙 _____kg アート紙 _____kg コート紙 _____kg <input checked="" type="checkbox"/> その他（色上質 薄口 藤色 _____） 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 checked="" type="checkbox"/> 穴あけ <u>1</u> 穴 <input checked="" type="checkbox"/> 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 _____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9年3月31日（水）</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 西村、百々 電話 222-4421)

1	件 名	③ 日本脳炎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>9,800</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() (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 コート紙_____kg <input type="checkbox"/> その他(色上質 薄口 藤色) 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	■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_____穴 □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9年3月31日(水)</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 西村、百々 電話 222-4421)

1	件 名	④ 送付用封筒（長形3号）の印刷
2	数 量	1枚もの（ポスター等） <u>9,800</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 mm</u> ×横 <u>120 mm</u> ）
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 checked="" type="checkbox"/> その他（封緘部分に接着用シールを加工すること）
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	契約後、宛名シールを渡すため、封筒に宛名シールを貼付すること。 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9年3月31日（水）</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、ア～エの順のとおり行うこと。

- ア ④の封筒に、①～③を三折りで1部ずつ封入し(この段階では封緘しない)、これを1セットとし、必要数(下表のとおり)をセッティングする。
- イ 本市から宛名ラベルを提供するので、アでセッティングした封筒に貼付する(詳細は契約後に調整する)。なお、宛名ラベルは約9,600枚になる予定。
- ウ イで宛名ラベルを貼付した封筒を、封緘のうえ、下表のとおり、中京郵便局に納品(郵送料は本市負担)。
- エ イで宛名ラベルを貼付しなかった封筒は、封緘せず、医療衛生企画課に納品。また、ウで郵便局より発行された後納郵便物等取扱票(お客様用)も、医療衛生企画課に送付すること。




履行確認については、郵便局で発行された後納郵便物取扱票(お客様用)を医療衛生企画課に提出することにより、行うものとする。

※ 配送等の漏れが発生した場合においては、委託先事業者が速やかに対応すること。

	セットする封筒	封入部数	納品先・納品数			
			中京郵便局・医療衛生企画課(余り分)			
①	9,800 セット	1	【H29年4月 ～7月生まれ】 納品予定日： 令和8年7月31 日(金) 宛名ラベル数： 約3,190枚	【H29年8月 ～9月生まれ】 納品予定日： 令和8年9月30 日(水) 宛名ラベル数： 約1,720枚	【H29年10月～ 12月生まれ】 納品予定日： 令和8年12月25 日(金) 宛名ラベル数： 約2,390枚	【H30年1月 ～3月生まれ】 納品予定日： 令和9年3月31 日(水) 宛名ラベル数： 約2,320枚
②		1				
③		1				
④		—				

※ 数量の内訳については、出力した宛名ラベルの数量により変動するため、詳細は契約後に調整する。

※ 封緘箇所は、接着用のシールを加工するものとします。

	
重要	
日本脳炎予防接種「第2期」のお知らせ	
※ すでに接種済みの方にも届く場合がございます。ご了承ください。	
差出人	
	〒604-8571 京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町 488 番地 北庁舎3階 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
京都市 CITY OF KYOTO	