

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、三木）

電話番号：075-222-4421

1	件 名	麻しん・風しん（MR）第2期特例措置対象者への勧奨はがきの印刷
2	数 量	1枚もの（ポスター等） <u>1,300</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 type="checkbox"/> B _____ 判 <input checked="" type="checkbox"/> その他（縦 <u>14.8cm</u> ×横 <u>10.0cm</u> ）
4	刷 色	（表紙（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（ _____ ） （表紙（裏）） <input type="checkbox"/> 黒1色 <input checked="" type="checkbox"/> 2色 <input type="checkbox"/> 4色 <input type="checkbox"/> 特色 _____ 色 備考（ 赤色 ） （本文（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（ _____ ） （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（訂正部分は、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 ^レ 使用 ・ <input type="checkbox"/> 使用 （グリーン購入基準（ 適 ・ 否 ）） 本文等： <input type="checkbox"/> 上質紙 <u>135</u> 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 ^レ 使用 ・ <input type="checkbox"/> 使用 →詳細 _____ ）
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。色校正は簡易校正。）
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。 契約後、宛名シールを渡すため、宛名シールを貼付すること。
11	履 行 期 限	令和8年7月10日（金）
12	履 行 場 所	納品方法は別紙1のとおり。

（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～ウの順のとおり行うこと。

ア 本市から宛名シールを提供するので、はがきに貼付する（詳細は契約後に調整する）。なお、宛名シールは約1,200枚になる予定。

イ アで宛名シールを貼付したはがきを、中京郵便局に納品（郵送料は本市負担）。

ウ イで宛名シールを貼付しなかったはがきは医療衛生企画課に納品。また、イ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。

納品先・納品数	
中京郵便局	医療衛生企画課
令和8年7月10日（金） 宛名シールを貼付したはがきを納品 （約1,200枚の予定）	令和8年7月10日（金） 宛名シールを貼付していない、余りのはがきを納品

※ はがきの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。