

仕 様 書

保健福祉局健康長寿のまち・京都推進室介護ケア推進課

(担当 施設支援担当 小川、荒木 電話 222-3802)

件 名	気化式冷風機のレンタル		
契 約 期 間	契約締結日 ～ 令和8年10月31日		
契 約 条 件	1 設置場所 (1) 施設名称 京都市御室老人デイサービスセンター (2) 所在地 〒616-8021 京都市右京区花園天授ヶ岡町3番地		
	2 設置機器		
	品 名	品 番	数 量
	株式会社ワキタ MEIHO パワフル冷風機 涼	MPR40	3 台
	※ 同等品可 ただし、以下の仕様を満たすものであること。 ・電源：単相 100V ・タンク貯水式 ・タンク容量： 40～50L 程度		
	※ 首振り機能、人感センサーの有無は問わない。		
	※ 配送費及び回収費用を含むこと。		
	3 設置期間 令和8年8月5日～令和8年10月31日（土）		
	4 その他 ・ 京都市の競争入札参加有資格者名簿に記載されている企業を対象とします（市外企業も可とします。）。 ・ 見積書には、日付及び御担当者様の氏名（フルネーム）を記載してください。 ・ 見積書の宛先は「京都市長」としてください。 ・ 見積合わせの結果、契約業者様にのみ連絡します。 ・ 見積書は、郵送、FAXまたはメールにて御提出ください。 郵送の場合は令和8年8月4日（火）必着、FAX及びメールの場合は令和8年8月4日（火）16：00締切厳守とします。 提出先等は以下のとおりです。		
	<郵送の場合> 押印のうえ、原本を以下の宛先まで送付してください。 〒604-8571 京都市中京区上本能寺前町488番地 京都市役所北庁舎4階 京都市 保健福祉局 健康長寿のまち・京都推進室 介護ケア推進課 施設支援担当 小川・荒木 宛		
	<FAXの場合> 送付状等をつけていただくなど、「介護ケア推進課 小川・荒木		

宛」であることがわかるようにしていただき、以下のFAX番号に送付してください。

FAX番号：075-213-5801

(番号の間違いに御注意ください。)

＜メールの場合＞

本文中に「介護ケア推進課 小川・荒木 宛」であることを明記していただき、以下のメールアドレスに送付してください。その際、送信時のメール件名を『気化式冷風機 オープンカウンター見積書』としてください。

当課でのメール確認後、『受信連絡 気化式冷風機見積書』という件名でメールを返信いたします。令和8年8月4日（火）16：30までに受信連絡メールが届かない場合、お手数ですが、お電話で御連絡をお願いいたします。

メールアドレス：kaigo-seibi@city.kyoto.lg.jp

※ なお、御提出いただいた見積書の真正性を確認するため、御担当者様の在籍確認をさせていただくことがあります。その際、本市に登録されている代表電話番号へ架電いたしますので、見積書内または送付文等に御担当者様の部署名等を記載いただいております。

- ・ 見積額は配送費等を含めた金額としてください。
- ・ 同等品とする場合は、機器性能がわかるカタログ等の写しを提出してください。
- ・ 設置期間初日に、設置場所へ機器を運搬いただき、利用方法等を施設担当者に説明してください。
- ・ 設置期間終了後、設置場所から機器を回収してください。また、設置期間終了前であっても、京都市または施設からの申し出があった場合は、機器を回収してください。
- ・ 施設内の具体的な設置箇所については、契約締結後、施設担当者と協議のうえ決定してください。
- ・ 当該仕様書に記載のない事項については、協議のうえ、決定してください。