

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 木谷 電話 075-222-3600)

1	件 名	結核発生届出依頼リーフレットの印刷
2	数 量	1 枚もの (ポスター等) <u>1, 7 0 0</u> 枚 (□片面印刷 ☒ 両面印刷)
3	寸 法	☒ A <u>3</u> 判 □B _____ 判 □その他 (縦 _____ cm × 横 _____ cm)
4	刷 色	1 枚もの (表面等) □黒 1 色 ☒ 2 色□ 4 色□特色 色 備考 () (裏面等) ☒ 黒 1 色□ 色□ 4 色□特色 色 備考 () ページ物 (本文等) □黒 1 色□ 色□ 4 色□特色 色 備考 () (表紙等) □黒 1 色□ 色□ 4 色□特色 色 備考 ()
5	原 稿	☒ 完成版下渡 (データ等で提供の場合 <u>9</u> 月 <u>3 0</u> 日以降提供 ; 作成使用機種 <u>Word</u>) ☐ 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 ()
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 (☐ 不使用 ・ ☐ 使用 (グリーン購入基準 (適 ・ 否)) 本文等 : ☐ 上質紙 <u>1 1 0</u> kg アート紙 _____ kg コート紙 _____ kg ☐ その他 (薄桃色の上質紙) 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 ・ ☐ その他 _____) ☐ 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 _____ 回 ☐ 色校正 _____ 回 (簡易校正 ・ 本紙校正 ・ 本機校正) ☐ その他 (レイアウト校正あり)
10	そ の 他 指示事項	・ 令和 7 年度作成の見本の提示が可能。 ・ 作成前に必ず医療衛生企画課の担当者と協議すること (色見本を提示すること)。 ・ 納品前には必ず納品日を医療衛生企画課と調整すること (医療衛生企画課への連絡なしに納品しないこと)。
11	履行期限	令和 8 年 1 0 月 2 7 日 (火)
12	履行場所	【納品先】 3 か所 (合計 1 7 0 0 部) ① 京都府医師会 1 5 0 0 部 〒 6 0 4 - 8 5 8 5 京都市中京区西ノ京東梅尾町 6 ② 京都予防医学センター 1 2 0 部 〒 6 0 4 - 8 4 9 1 京都市中京区西ノ京左馬寮町 2 8 ③ 京都市医療衛生企画課 8 0 部 〒 6 0 4 - 8 5 7 1 京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町 4 8 8 京都市役所北庁舎 3 階

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