

印刷物仕様書(一般印刷)

			地域要件	市内に本店	
品 名	後期高齢者歯科健康診査票	数量	1,000	単位	部
規 格 (仕上寸法)	A4 判 片面刷				
紙質	・感圧紙3枚複写 (青色発色) ・N40 ・紙色 白				
ページ数	3枚綴り				
刷 色	表面:(1)色刷(黒) 裏面:印刷無し				
製本	天セットのり				
原 稿	① データ支給 : ワード・ <input type="text" value="エクセル"/> ・パワーポイント・その他() ② 支給媒体 : CD-R・FD・出力紙・ <input type="text" value="その他"/> (Eメール) ③ 手書き : <input type="text" value="前回どおり"/> 前回は修正したもの(手書き・出力紙)				
	見 本		<input type="text" value="有"/> ・無		
	特 記 事 項	企画・デザイン等の依頼		有・ <input type="text" value="無"/>	
		写 真		発注課から提供()枚 受注者に依頼()枚 データ支給:() 支給媒体:()	
		イラスト		発注課から提供()枚 受注者に依頼()枚 データ支給:() 支給媒体:()	
		その他:			
校正	文字校正(3)回 色校正(1)回				
納入期限	令和8年3月31日				
納入場所	医療保険課				
発注課	医療保険課	担当者	宮田	電話	20-3024
備考	・3枚複写の1枚目に〈佐野市用〉、2枚目に〈医療機関用〉、3枚目に〈受診者用〉と印字する(右上部分)。 ・納品時は20枚ごとに仕切りを入れる。				