|  |
| --- |
| 医療用（サージカル）マスク購入一式に係る調達応募書 |
| 令和　　年　　月　　日支出負担行為担当官厚生労働省大臣官房会計課長　殿所在地：　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称：　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　当社は、医療用（サージカル）マスク購入一式に係る調達について、「医療用（サージカル）マスク購入一式に係る提案書公募要領」の内容に同意の上、下記のとおり応募いたします。記 |
| 1. 担当者に関する情報
 | 氏名 |  |
| 部署名・職名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |
| 1. マスクの仕様等
 | 品目名 | ※商品名の変更は認めない |
| 規格・品質※該当するマスクの□を■にすること |  |  |
| □JIS（T9001）※ クラスⅡ（性能は以下のとおり）（ア）PFE≧98％　（イ）BFE≧98％　（ウ）VFE≧98％（エ）通気抵抗＜60Pa/㎠（オ）人工血液バリア性：16.0kPa（カ）可燃性：区分１（キ）遊離ﾎﾙﾑｱﾙﾃﾞﾋﾄﾞ：≦75μg/g（ク）特定ｱｿﾞ色素：≦30μg/g（ケ）蛍光：著しい蛍光を認めず□ASTM-F2100※レベル２（性能は以下のとおり）（ア）PFE≧98％　（イ）BFE≧98％　（ウ）通気抵抗＜59Pa/㎠(＜5mmH20)（エ）人工血液バリア性：120mmHG(16.0kPa)（オ）可燃性：Class１(区分１)（カ）皮膚刺激性GLP：皮膚障害なきこと（キ）毒性GLP：皮膚障害なきこと（ク）感さ性GLP：皮膚障害なきこと□EN14683 TypeⅡR（ア）PFE≧98％　（イ）通気抵抗＜6.0mmH2O/㎠（ウ）人工血液バリア性：120mmHG(16.0kPa)（エ）可燃性：Class１(区分１) |
| 生産国 | 日本　※国内製造品に限る |
| 使用期限 | 5年 |
| 1. 納入枚数
 | （　　　　　　　　　　）枚 |
| 1. １枚当たりの単価
 | （　　　　　　　　　　）円※輸送費等全て込み、消費税抜き |
| 1. 納入スケジュール
 | ※発注から納入までのスケジュールを具体的に記載すること |
| 1. 商流・物流
 | ※本調達に関連する事業者（所在地含む）を全て明記するとともに、当該事業者の概要がわかる資料（パンフレットやHPなど）、契約関係にある場合は契約書の写し及び商流・物流を示す詳細資料を添付すること。※商流の変更は原則認めない |
| 1. 製造工場情報・保管場所
 | ※製造工場に関する情報（工場名、所在地、月産数量等）、在庫保管場所、在庫の保管状況確認方法等を明記すること。※国内製造品に限る※不織布ｽﾊﾟﾝﾎﾞﾝﾄﾞ及びﾒﾙﾄﾌﾞﾛｰﾝの製造国等を明記すること。 |
| 1. 添付資料一覧
 | ※別紙様式２～５以外に添付した資料の名称を全て明記すること。 |
| 1. その他
 | （その他特記すべき事項がある場合は記載すること） |

※青字は確認後、消去すること