|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療用フェイスシールド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、医療用フェイスシールド購入一式に係る調達について、「医療用フェイスシールド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. フェイスシールドの仕様等 | 品目名 | ※商品名の変更は認めない |
| 規格・品質 | 任意記載 |
| 生産国 | 日本　　※国内で加工・成型したものに限る |
| 使用推奨期間 | 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。  ※国内で加工・成型したものに限る。 | |
| 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