

令和7年8月26日

仕様書

案件番号 131

納入期限	質疑書提出期限 ※持参又はFAXに限ります	同等品選定期限	見積書提出期限	地域要件
令和7年9月19日	令和7年8月28日 正午		令和7年9月2日 午後4時	市内業者

案件名 経口補水液の購入(その2)

納入場所 各小中学校外

番号	品名	メーカー	型番・規格	数量	単位	同等品の可否
1	経口補水液	大塚製薬	OS-1 300ml	800	本	否
2						
3						
4						
5						

(特記事項)

※見積書には、税込み金額をご記入ください。
※配送料を含めて積算してください。
※納品先については別紙をご確認ください。
※本件は郵送での見積書提出が可能です。見積書提出期限までに必ず契約課に届くよう、時間に余裕をもって郵送するようお願いします。
なお、郵便事情による配達遅延等で提出期限までに届かず、提出期限日までに契約課で受理できなかった見積書は無効となりますので、郵送にあたってはご注意ください。

発注課	担当者	電話	FAX
保健給食課	石井	04-2998-9249	04-2998-9167

OS-1 配送表

下記のとおり各校へ配送をお願いいたします。

配送後、別紙受領証に各校より受領印を受けてください。

No.	学 校 名	本数 (本)
1	所 沢 小	30
2	南 小	20
3	北 秋 津 小	15
4	荒 幡 小	10
5	北 小	15
6	清 進 小	15
7	明 峰 小	15
8	伸 栄 小	15
9	美 原 小	15
10	並 木 小	10
11	中 央 小	10
12	松 井 小	15
13	若 松 小	10
14	安 松 小	15
15	和 田 小	10
16	牛 沼 小	10
17	柳 瀬 小	10
18	東 所 沢 小	10
19	富 岡 小	10
20	西 富 小	10
21	中 富 小	10
22	小 手 指 小	15
23	上 新 井 小	20
24	北 野 小	10
25	北 中 小	10
26	山 口 小	15

No.	学 校 名	本数 (本)
27	泉 小	15
28	椿 峰 小	10
29	三 ヶ 島 小	10
30	若 狭 小	15
31	林 小	10
32	宮 前 小	15

33	所 沢 中	30
34	向 陽 中	25
35	美 原 中	30
36	中 央 中	20
37	南 陵 中	25
38	東 中	25
39	安 松 中	25
40	柳 瀬 中	20
41	富 岡 中	20
42	小 手 指 中	30
43	北 野 中	20
44	山 口 中	25
45	上 山 口 中	20
46	三 ヶ 島 中	20
47	狭 山 ヶ 丘 中	25

48	保 健 給 食 課	15
----	-----------	----

合 計 800 本

OS-1 受領証

※配送の際、各学校より受領印を受けていただくようお願いします。

No.	学 校 名	本数	受領印
1	所 沢 小	30	
2	南 小	20	
3	北 秋 津 小	15	
4	荒 幡 小	10	
5	北 小	15	
6	清 進 小	15	
7	明 峰 小	15	
8	伸 栄 小	15	
9	美 原 小	15	
10	並 木 小	10	
11	中 央 小	10	
12	松 井 小	15	
13	若 松 小	10	
14	安 松 小	15	
15	和 田 小	10	
16	牛 沼 小	10	
17	柳 瀬 小	10	
18	東 所 沢 小	10	
19	富 岡 小	10	
20	西 富 小	10	
21	中 富 小	10	
22	小 手 指 小	15	
23	上 新 井 小	20	
24	北 野 小	10	
25	北 中 小	10	
26	山 口 小	15	

No.	学 校 名	本数	受領印
27	泉小	15	
28	椿峰小	10	
29	三ヶ島小	10	
30	若狭小	15	
31	林小	10	
32	宮前小	15	

33	所沢中	30	
34	向陽中	25	
35	美原中	30	
36	中央中	20	
37	南陵中	25	
38	東中	25	
39	安松中	25	
40	柳瀬中	20	
41	富岡中	20	
42	小手指中	30	
43	北野中	20	
44	山口中	25	
45	上山口中	20	
46	三ヶ島中	20	
47	狭山ヶ丘中	25	

48	保健給食課	15	
----	-------	----	--

見 積 書

令和 年 月 日

(宛先) 所 沢 市 長

住 所
 商号又は名称
 代表者役職名
 代表者氏名

印

1 件 名 経口補水液の購入 (その2)

2 納 入 場 所 各小中学校外

3 見 積 金 額

	億	千	百	十	万	千	百	十	円
金額									

(税込)

所沢市契約規則、所沢市物品の購入等におけるオープンカウンター方式による見積合せ実施要綱、仕様書等を熟覧のうえ、上記のとおり見積します。

- (注)
- ・金額は算用数字で表示し、あたまを¥でとめること。
 - ・本見積書は封筒に入れて糊付けをし、封筒の表に参加する案件名と業者名を記入して提出してください。
 - ・同等品を選定している場合には、発注課の押印がある同等品承認申請書の写しを封筒に同封してください。

内 訳 書

住 所
商号又は名称
代表者役職名
代表者氏名

No.	品名	規格	数量	単位	単価	金額
1	経口補水液	大塚製薬 OS-1 300ml	800	本	円	円
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

※行が足りない場合は適宜追加してください。

見積金額