

仕様確認書

「サージカルリネン類貸借単価契約」について、仕様書を確認し必要書類を添付し提出します。

2026年 月 日

住所

氏名 ㊟

法人の場合は、法人名及び代表者役職氏名を記入し、  
法人印及び代表者印を押印すること。

地方独立行政法人  
岐阜県立多治見病院 理事長 様

※条件を満たす場合は「○」を、条件を満たさない場合は「×」を、条件を満たさないが  
代替機能がある場合は「△」を記入する。

項 目	内 容	確認
サージカルリネンについて	本書と併せて調達予定のサージカルリネンのカタログ等（写し可）を提出すること。	
	天災地変・労働争議・人災・倒産等その他事情により、本業務の履行が一時的に出来なくなった場合、代行業者に業務の代行を依頼できる証明書等（写し可）を提出すること。	
設備について	高圧蒸気滅菌が可能な機器のカタログ等（写し可）を提出すること。	
	ピンホール検査が可能なライトテーブルのカタログ等（写し可）を提出すること。	
	クリーンルームの図面等（写し可）を提出すること。	
	実施している耐水圧検査がわかる書類（写し可）を提出すること。	
医療関連サービスマークについて	院外滅菌消毒業務の医療関連サービスマーク認定証（写し）を提出すること。	