

事業所責任者 様

印刷作業公募のご案内

対象

障害福祉事業所

対象地区

全県

印刷作業のご案内です。御希望の事業所はお手数ですが下記情報をご検討の上、申込欄に必要事項を記入し、FAX にてお申込み下さい。

業務の名称	医療費助成金受給者証 印刷	整理番号(*)	29082101
作業の内容	B6 サイズ 両面印刷 ※別紙仕様書をご確認ください		
発注	東伊豆町		

■主な条件

作業場所	貴事業所	作業単価	見積書提出
作業数量	2,000 枚 (100 枚ずつ束)	納 期	平成 29 年 9 月 12 日厳守ですの で、貴事業所で校了後印刷をし、 納品するまでの必要日数を見積 書に記載して下さい。
作業開始日	8 月中 発注確定後	納品場所	東伊豆町稲取
作業期間	納期まで	納品方法	後日連絡をいたします。
その他	納品先へのお問い合わせは厳禁で お願い致します	申込・見積 提出締切り	平成 29 年 8 月 24 日(木) 15:00 見積書到着まで (FAX でも可)

注) 校正のやり取りは、速やかに行われますが、発注部署での確認者が多数の為、時間を要する場合がありますので、ご了承ください。

■問合せ先

NPO 法人オールしずおかベストコミュニティ  
※詳細等ご不明な点は担当までお問い合わせ  
ください

担当： 支援部 松井

TEL 054-251-3515

FAX 054-251-3516

NPO 法人オールしずおかベストコミュニティ 行 (FAX:054-251-3516)

担 当	松井
-----	----

■希望いたします。※必ず期限までに見積書と同時に提出ください。

業務の名称	医療助成金受給者証 印刷		整理番号(*) 29082101
事業所名		担当者名	
郵便番号 住 所	〒		
T E L		F A X	
Mail			

※質問事項は書面にて受付いたします。(書式自由)

下記に校了後、納品までの必要日数を忘れずにご記入ください。