

二種混合ワクチン仕様書

1 発注する医薬品 沈降ジフテリア破傷風混合トキソイド（D T ビック）

2 規格

(1) メーカー名 阪大微生物病研究会

(2) 形状規格 0.1ml バイアル

(3) 同等品は販売されていない。

3 数量

(1) 最小発注単位 1 本

(2) 発注予定数量 1 , 3 5 7 本

4 納入方法について

(1) 納入期間 令和 7 年 4 月 1 日～令和 8 年 3 月 3 1 日

(2) 納入条件 ・使用するワクチンの必要量を確保することができ、適正に管理および配達をすることができる業者。

・納品ワクチンは、医師の検査を受け、納品書に受領印を受けたものを出荷証明とし、翌月の 1 0 日までに健康管理課に提出するものとする。

・納品ワクチンの添付文書の「接種上の注意」および「取り扱い上の注意」等が改訂された場合は、速やかに各受託医療機関に連絡するとともに健康管理課に文書で連絡するものとする。

(3) 納入方法 受注業者は、秋田市個別予防接種受託医療機関から発注依頼された本数を指定された期日までに発注先の医療機関に納品する。

5 その他

(1) 発注予定数量が不確定であるため、最小発注数量あたりの単価契約とする。

(2) 最小発注数量あたりの単価に消費税および地方消費税の額を加算した金額を単価契約とする。

(3) 秋田市が、契約業者から適法な支払い請求書を受け取った日から 3 0 日以内に、秋田市が契約業者に代金を支払うこととする。