令和8年10月28日

陸上自衛隊川西駐屯地におけるオープンカウンター方式による見積依頼について

1　本リストは、オープンカウンター方式実施要領に基づく手続が必要です。

2　本方式は、随意契約を前提とした見積依頼であり、有効な見積書をもって申込みをした者のうち、予定価格の制限の範囲内で最低の価格の見積書をもって申込みをした者を契約の相手方とします。

3　件名リスト

一連番号	件　　名	納入（履行）場所	納期（履行期限）	見積依頼書公表日	見積書提出期限	見積り合わせの日時	防衛省競争参加資格	備　　考
7	迷彩服クリーニング（上・下）	自衛隊阪神病院	令和9年1月29日	令和8年10月28日	令和8年11月6日 13時40分	令和8年11月6日 13時50分		単価決定

4　オープンカウンター方式に参加される場合、見積書の提出に先立ち市場価格調査への協力をお願いします。

5　仕様書の交付場所、契約条項等を示す場所、問合せ先及び提出先

〒666-0024　兵庫県川西市久代１丁目４番５０号

自衛隊阪神病院総務部会計課　担当：髙橋

電話番号：072-782-0001　(内線：5052)

ＦＡＸ　：072-759-7047(直通)

メール　：fin-hanshin-hosp-ma@inet.gsdf.mod.go.jp

調達要求番号：第6RW11C30001　号

陸　上　自　衛　隊　仕　様　書			
物　品　番　号		仕様書番号	
名　　称	迷彩服及び作業外被クリーニング	承　　認	令和　　年　　月　　日
		作　　成	令和　８年１０月２８日
		変　　更	平成　　年　　月　　日
		作成部隊等	自衛隊阪神病院

１　適用範囲

　この仕様書は、陸上自衛隊川西駐屯地の予備自衛官が着用する迷彩服上下のクリーニング、プレスについて規定する。

２　役務の内容

予定数量１４０着の迷彩服（上・下）のクリーニング、プレス及び折りたたみ(別紙参照)。

３　期　間

契約日～令和９年１月２９日

４　引き渡し

自衛隊阪神病院

５　検　査

搬入時、検査官立会の上、検査実施

６　その他

　契約単価は税込み価格とする。役務履行間、管理者の注意を怠ったために、迷彩服等が損傷・亡失となった場合は、損害賠償金を納めるものとする。

７　調整先

陸上自衛隊阪神病院総務部管理課　白川

兵庫県川西市久代４丁目１－５０

０７２－７８２－０００１（内線５０６２）

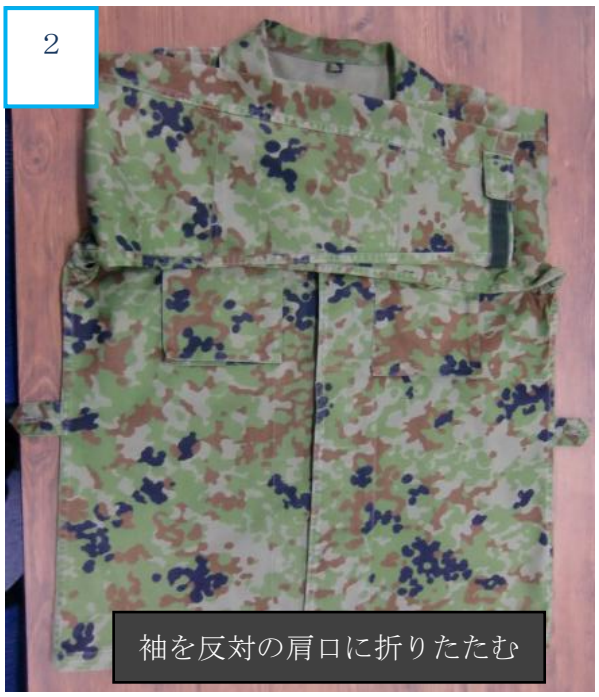
迷彩服おりたたみ要領

1



ひざ部分から折りたたむ

2



袖を反対の肩口に折りたたむ

3



上衣と下衣の号数を確認した後、写真のように重ねる。この際、ズボンの前立てボタン部分が上側にくるように置する。

4



上衣の裾から襟に向けて折り上げる。

※　号数をよく確認して同一号数のもの同士を重ねる

見　積　書

件名リスト一連番号	7

金　　額　　￥　　（消費税及び地方消費税を含まない。）

ＮＯ	品　　名	規　　格	単位	予定数量	単価	金額
1	迷彩服（上・下）クリーニング	仕様書による	EA	140		
		以下余白				
納入（履行）場　　所		自衛隊阪神病院	納期（履行期限）		令和9年1月29日	
契約保証金		（免除）	入札（見積）書有効期間			

上記に関して「入札及び契約心得」、「オープンカウンター方式実施要領」及び「標準契約書等」の契約条項等を承諾の上、入札見積りいたします。また、当社（私（個人の場合）、当団体（団体の場合））は、「入札及び契約心得」に示された暴力団排除に関する誓約事項について、誓約いたします。

令和8年11月6日

分任契約担当官
自衛隊阪神病院
会計課長　　中村　　亮　　殿

住所

会社名

代表者名

責任者名

担当者名

連絡先

（注）押印を省略する場合には、担当者名及び連絡先を記載すること。

市　場　価　格　調　査　書

件名リスト一連番号	7

金　　額　　￥　　（消費税及び地方消費税を含まない。）

ＮＯ	品　　名	規　　格	単位	予定数量	単価	金額
1	迷彩服（上・下）クリーニング	仕様書による	EA	140		
		以下余白				
納入（履行）場　　所		自衛隊阪神病院	納期（履行期限）		令和9年1月29日	
契約保証金		（免除）	入札（見積）書有効期間			

上記に関して、見積書の提出に先立ち市場価格調査への協力をお願いします。

提出方法は見積書同様、郵送・ＦＡＸ・電子メールいずれかの方法でお願いします。また、価格は、卸売業者販売価格又は大口需要者売渡価格又は定価（生産者又は卸売業者が販売価格の基準として価格表等に一般に表示している価格）のいずれかを記載お願いします。

令和　年　　月　　日

分任契約担当官
自衛隊阪神病院
会計課長　　中村　　亮　　殿

住所

会社名

代表者名

責任者名

担当者名

連絡先

（注）押印を省略する場合には、担当者名及び連絡先を記載すること。