

# 明 細 書

1 / 1 頁

入札(見積)番号 192

品名・納入場所		数量	単価	金額
1 品名	80139999 (その他の薬品類/その他の薬品類)			
	虫除けスプレー			
メーカー		10.00		
製品名	虫除けスプレー			
規格 型番	仕様書のとおり			
カタログ 注文番号				
納入場所	仕様書のとおり			

担当：県庁用度課物品班 山田

見積締切：令和8年4月27日(月)午後5時

納入期限：令和8年5月29日(金)

**少額雑貨 県内中小企業者のみ参加可能**

見積番号 192 番

**【2回目】**

## 見積書

金額 ￥ \_\_\_\_\_

(契約希望金額の100/110相当額) <税抜き>

左のとおり見積いたします。

令和8年 月 日

静岡県知事様

合計 A <税込み> \_\_\_\_\_

所在地

A × 100 / 110 <税抜き> \_\_\_\_\_

商号又は名称

消費税相当額 \_\_\_\_\_

代表者氏名

印

\*余白にこの見積書の「発行責任者」「担当者」(いずれもフルネーム)「電話番号」を御記入いただいた場合、押印は不要です。

# 仕 様 書

## 1 品名及び数量

虫除けスプレー 10本

## 2 仕様及び機能

下記同等以上の機能を有すること。

虫除けスプレー

内容量	200ml 程度
有効成分	イカリジンが15%含有されているもの
仕様	スプレー式、ミストタイプ

## 3 同等以上品による見積り

仕様及び機能を満たす、以下の基準品以外の同等以上品で見積もる場合、見積書提出前に、カタログ等仕様の判る資料を提出し、7の担当者の了承を得ること。了承のうえは、見積書にメーカー名・型番、「同等品承認済み」と明記し、カタログ等を添付し8あて9の期限までに提出すること。

虫除けスプレー

基準品	メーカー：フマキラー 製品名：天使のスキンベープミスト プレミアム 内容量：200ml 有効成分：イカリジン 15% 仕様：スプレー式、ミストタイプ
-----	--

## 4 その他事項

- ① 運搬・発送費用、納入に係る全ての経費は受注者の負担とする。
- ② 採用された者は、速やかに、実務につき7の担当課と打合せを行うこと。
- ③ この仕様書に定めのない事項については7及び8の担当課と協議の上決定すること。

## 5 納入場所

納入場所	担当課名	郵便番号	所在地	電話番号	数量
賀茂保健所	地域医療課	〒415-0016	下田市中 531-1	0558-24-2052	虫除けスプレー 2本
東部保健所	地域医療課	〒410-8543	沼津市高島本町 1-3	055-920-2109	虫除けスプレー 2本
中部保健所	地域医療課	〒426-0075	藤枝市瀬戸新屋 362-1	054-644-9273	虫除けスプレー 2本
西部保健所	地域医療課	〒438-8622	磐田市見付 3599-4	0538-37-2585	虫除けスプレー 2本
感染症対策課	—	〒411-0801	三島市谷田 2276 静岡県健康福祉交流プ ラザ3階	055-928-7220	虫除けスプレー 2本

## 6 納入期限 令和8年5月29日(金)

- 7 問合せ先（仕様及び納入に関する事）  
静岡県 健康福祉部 医療局 感染症対策課  
担当：感染症対策班 野田 電話番号：055-928-7220
  
- 8 見積書提出先及び問合せ先（契約に関する事）  
静岡市葵区追手町 9-6 静岡県出納局用度課物品班  
担当：山田 電話番号：054-221-2125
  
- 9 見積書提出期限 令和8年4月27日(月)午後5時まで

(以上)