

会津若松市偽造防止用紙事前テスト申込書

年 月 日

会津若松市長

住所
商号又は名称
代表者職氏名

⑩

会津若松市偽造防止用紙事前テストの申し込みをいたします。

※ 住所、商号又は名称及び代表者氏名を記入の上、市に届け出ている使用印鑑を鮮明に押印し、契約検査課(FAX 番号 0242-39-1413)までファックス送信してください。

なお、ファックス送信後は、確認のため必ず契約検査課(電話 0242-39-1217)まで電話連絡してください。

※ 事前テストの申し込みの翌日以降に、契約検査課がサンプルの印刷作業現場の確認を行い、その際、事前テストに用いるサンプル 100 部を提出願います。

なお、印刷作業現場の確認日時については、ファックス送信後の電話連絡時に調整をいたします。

※ 毎月 15 日までに(15 日が祝日・休日の場合は、15 日の直前の平日とします。)、契約検査課による サンプルの印刷作業現場の確認を受けた事前テストの申し込みについては、翌月 1 日にテストの結果をお知らせいたします。(ただし、3 月と 4 月については、事前テスト申込は受付いたしません。)

※ テストの結果については、あくまでも、入札参加資格要件の業務実績の付与に関するテスト結果であり、完成品の仕様としての合格を意味するものではありません。

そのため、完成品について製造過程及び納入時において、担当課より修正等を求められた場合は、その指示に従い修正等をしていただきます。