

仕 様 書

1 件名

PCR 検査装置の買入れ

2 品名、規格及び数量等

(1) 品名

全自動遺伝子解析装置（本体のみ）

(2) 規格

バイオメリュー BioFire® SpotFire®システム

(3) 数量

1 台

3 納入場所

所在地：葛飾区金町 5-31-13 金町クリニックビル 102

施設名：森嶋クリニック

4 納入期限

令和 7 年 1 2 月 3 1 日（水曜日）

5 納入方法

契約完了後、速やかに納品すること

6 支払方法

検査完了後、適法な支払い請求書を提出した日から 10 日以内に指定口座に振込

7 その他

- ・支払い完了後、2 週間以内に領収書を発行すること
- ・補助対象品のみの領収書で、具体的な製品名が記載された領収書を発行すること

（担 当）

住所：東京都葛飾区金町 5-31-13 金町クリニックビル102

施設名：森嶋クリニック

氏名：森嶋 素子

電話番号：03-6231-3161

メールアドレス：kanamachimocli@gmail.com