

機 器 仕 様 書

物 件 名		安全キャビネット				
No	機 器 名	規格、仕様及び構成	数量	メーカーおよび機種 (<u>指定</u> ・参考)	設置場所	その他条件
1	バイオハザード対策用クラスⅡキャビネット<傾斜型>		1台	日本医化器械製作所 VH-854BH-2A2	臨床検査科	
2	室外排気用キャビナー	特型:200φ→100φ、位置変更	1式			
3	VH-854BH-2A2用アームレスト		1式			
4	既設機器ホルマリン滅菌作業		1式			
5	機器搬送・設置据付費用		1式			
6	二次側接続工事(一次側工事を除く)		1式			
7	現場機能検査(報告書含む)	風速・塵埃・リーク検査・気流検査	1式			
8	(以下余白)					
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						

※ 以上、搬入・据付・配線・配管・調整及びシステム接続等、通常に使用できるためのすべての費用を含む。

※ 機器の設置に必要な届出書類の作成・提出を含む。

※ 現有機を地下廃棄物置場に搬出する費用を含む。