

備蓄型自動パック式トイレセット 仕様書

1. 品 名 備蓄型自動パック式トイレセット

2. 数 量 45 セット

3. 納 品

(1) 納 期 令和 9 年 (2027 年) 3 月 31 日まで

※納品日・納品時間については、事前に危機管理課と調整し、必ず指定した日時に納品すること。

(2) 納品場所 豊中市危機管理課が指定する場所 (別紙 1 参照)

4. 規 格

(1) 寸法

本体 : 幅 440mm × 奥行 520mm × 高さ 400mm × 座面高さ 450mm 以内に収まる寸法

梱包時 : 幅 480mm × 奥行 590mm × 高さ 350mm 程度に収まる寸法

参考商品 (1) ラップポン・トレッカーWT-4GV (S)

参考商品 (2) トイパック II Neo

(2) 重量

本体重量 : 概ね 15kg 以下

梱包重量 : 概ね 17kg 以下 (付属電源ケーブルを含む)

(3) 本体付属品

ア 付属電源ケーブル (2 種類以上)

イ AC アダプター 概ね 2.5m 以上 (50/60Hz・AC100V コンセント用)

ウ 車用 DC コード 概ね 10m 以上 (自動車用 DC12V 又は DC14.4V 対応)

(4) 安全機能

挟み込み事故防止機能が備わっていること。

(5) 座面強度

静的強度試験をクリアし耐荷重 150kg 以上であること。

(6) 使用方法の記載

イラストと 2 カ国語 (日本語・英語) 以上で記載された使用方法が付属または印字されていること。

(7) サイクル時間

スタートボタンを押し、フィルムがパックされて落下するまで 60～90 秒程であること。
この際、フィルムがきちんと切り離されていること。

(8) 専用フィルムの細菌遮断性能

パック外側に大腸菌群が漏出しないことを確認する細菌遮断試験を行っている。パック密閉後に 37℃の恒温器内で保管し、6 時間～28 日間経過後にパック表面を計測した結果、パック後 28 日経過後においてもパック外側へ大腸菌群が漏出せず、遮断性

が保たれていることが実証されている。

(9) 専用フィルムセット

ア フィルム 1セットあたり 100 回分

※ 透明以外の透けにくい色であること。

イ 凝固剤 1セットあたり 7g×100 袋分

(10) 外装梱包

各箱の前面及び両側面に豊中市、品名、数量、納入年月、使用期限を明記すること。(別紙2を参考に箱に印刷、または紙シールを貼付すること。)

(11) 配送

大阪府生活環境の保全等に関する条例第四十一条に従うこと。

5. 同等品

同等品不可。

6. 連絡先 豊中市都市経営部危機管理課 担当：遠藤・岡本
TEL：06-6858-2071
FAX：06-6858-2667

納品場所一覧

施設名	所在地 (住所)	施設連絡先	納品数量
千里介護予防センター	豊中市新千里東町 1-2-2	06-6831-0590	3 セット
柴原介護予防センター	豊中市柴原町 4-4-5	06-6841-5949	3 セット
原田介護予防センター	豊中市原田元町 3-13-1	06-6843-5225	3 セット
庄本複合施設	豊中市庄本町 3-1-15	06-6336-0952	6 セット
東豊中老人憩の家	豊中市東豊中町 5-3-1	06-6843-8248	3 セット
服部介護予防センター	豊中市服部本町 5-2-8	06-4866-1180	3 セット
高川介護予防センター	豊中市豊南町東 1-1-2	06-6335-1015	6 セット
豊南老人憩の家	豊中市豊南町西 4-7-34	06-6331-6880	3 セット
障害福祉センターひまわり	豊中市稲津町 1-1-20	06-6866-1011	3 セット
小曽根校区南郷の家	豊中市浜 1-19-21	06-6332-4050	3 セット
庄内コラボセンター	豊中市庄内幸町 4-29-1	06-6334-1251	3 セット
地域共生センター	豊中市中桜塚 2-28-8	06-6843-6951	6 セット

豊 中 市

品 名	備蓄型自動パック式トイレセット
数 量	1台
納 入 年 月	202●年●月
使 用 期 限	20●●年●月