

医薬品等供給要請書（医療機関等用）

情報 ルート	医療機関 市町村災害対策本部	地区保健医療救護対策本部 (保健所)	県保健医療救護対策本部 (衛生薬務課)
-----------	-------------------	-----------------------	------------------------

月 日 時 分	①要請	月 日 時 分	②要請	月 日 時 分
担当者		担当者		担当者
A 医療機関 市町村災害対策本部		B 地区保健医療救護 対策本部		C 県保健医療救護 対策本部
名称:		名称: 保健所		名称: 衛生薬務課
FAX:		FAX:		FAX: 055-223-1492
TEL:		TEL:		TEL: 055-223-1491
月 日 時 分	④連絡	月 日 時 分	③連絡	月 日 時 分
担当者		担当者		担当者

要請内容		
A が 記 載	医薬品等の品目・数量	様式10別紙_____のとおり
	供給希望期限・月日時	月 日 時 頃までに必要
	受領希望場所*	(住所)
	受領(予定)者	
	受渡場所周辺の被災状況	1 車両通行に支障なし 2 通行不能道路あり ()
	備考	

* 倒壊等の理由で搬入場所に留意事項があれば記載すること



応諾内容		
卸 が 記 載	医薬品等の品目・数量	様式10別紙_____のとおり
	供給可能月日時	月 日 時 頃までに下記へ届ける
	送付(予定)場所*	
	送付(予定)者	

* 届けるのが可能場所を「××病院」あるいは「××保健所」等記載すること

通信欄	<p>〈使用目的〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・請求から返答までに時間がかかる場合に、保健所にて「手配中」と記載し、ひとまず返信しておく。(病院からの要望によるため) ・卸からの送付場所が保健所であった場合に、送付までのやりとりに必要な連絡事項を記載する。(保健所からの配達予定時刻、配達者等) ・その他、要望等自由記載用として使用する。
-----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------