

(別紙) 送付先： 高知県地域福祉部長寿社会課 介護事業者担当 (FAX:088-823-9259)
※鑑文・送付文は不要です

衛生・防護用品の不足状況について

申請日	令和 年 月 日
事業所名	
住所	〒
担当者	氏名： 電話番号：
衛生・防護用品 の在庫状況	マスク 枚 (マスク： 枚、N95マスク： 枚) 手袋 双 フェイスシールド 枚 ガウン 枚
次回納品日	令和 年 月 日
次回納品される までに不足する 衛生・防護用品 の数量	マスク 枚 (マスク： 枚、N95マスク： 枚) 手袋 双 (S： 双、M： 双、L： 双) フェイスシールド 枚 ガウン 枚
受渡方法	引き取り 宅配便 ※いずれかに○をしてください。

※確認の後、担当より改めてご連絡させていただきます。