

(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 4年 8月 25日
事業所名	特別養護老人ホーム〇〇
住所	〒123-4567 高知県〇〇〇〇123-4
担当者	氏名：〇〇 〇〇 電話番号：〇〇-〇〇-〇〇
衛生・防護用品 の在庫状況	マスク 200枚 (マスク：100枚、N95マスク：100枚) 手袋 20双 フェイスシールド 70枚 ガウン 20枚
次回納品日	令和 4年 9月 1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 50双 (S： 双、M： 50双、L： 双) フェイスシールド 枚 ガウン 50枚
受渡方法	<input checked="" type="radio"/> 引き取り <input type="radio"/> 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。