（様式１号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

地域福祉課長

高齢者福祉課長

青少年家庭課長　様　※該当する所属長のみを表示

子ども・子育て支援課長

障がい福祉課長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法 人 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職・氏名　　　　　　　　　　　印

県に寄贈された衛生・防護用品の社会福祉施設等への提供について（依頼）

　地域の社会福祉施設等で感染症が発生したことから、利用者支援の継続に必要な衛生・保護用品について、確保が困難であるため、島根県が備蓄するものを下記のとおり提供くださいますようお願いします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１．提供を希望する衛生・保護用品　※該当する用品に○印を付け、枚数を記入する。

　（１）サージカルマスク　　　　　　　　　　　枚　　　（１０枚単位）

　（２）その他の衛生管理用品　　　　　　　　　枚・個　（１０枚単位）

２．衛生・保護用品の在庫状況　※必要に応じて欄を追加

　　令和　年　月　日現在　　　　　　枚・個　約　　日分相当

３．衛生・保護用品の見込

　（１）販売業者による供給状況及び供給見込み(有・無)

 （２）貴法人内の支援状況(有・無)

　（３）市町村からの支援状況(有・無)

４．担当者

　所　　属

　職・氏名

　電話番号

　メールアドレス