（様式１号）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

島根県健康福祉部

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

衛生・防護用品の社会福祉施設等への提供について（依頼）

利用者支援の継続に必要な衛生・防護用品の確保が困難であるため、島根県が備蓄する衛生・防護用品を下記のとおりご提供願います。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１．提供を希望する衛生・防護用品

※希望する衛生・防護用品に○印を付け、枚数を記入してください。

※希望する衛生・防護用品について、現在の在庫状況を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 希望 | 品名 | 希望数量  （10枚単位） | 在庫数量 |
|  | サージカルマスク | 枚 | 枚（約　　日相当） |
|  | N95マスク | 枚 | 枚（約　　日相当） |
|  | 手袋 | 枚 | 枚（約　　日相当） |
|  | ガウン | 枚 | 枚（約　　日相当） |
|  | フェイスシールド | 枚 | 枚（約　　日相当） |
|  | ゴーグル | 枚 | 枚（約　　日相当） |
|  | ヘッドキャップ | 枚 | 枚（約　　日相当） |
|  | その他の用品（　　　　　　　　） | 枚 | 枚（約　　日相当） |

２．衛生・防護用品の見込（該当する方に○）

　（１）販売業者による供給及び供給見込み(有・無)

（２）貴法人内の支援(有・無)

　（３）市町村からの支援(有・無)

３．担当者

　所　　　　　属

　職・氏名

　電話番号

　メールアドレス