

## 【02歯科診療所・薬局・訪問看護事業所向け】医療用物資の追加配布希望調査

## 調査名

医療用物資の追加配布希望調査

## 概要

令和5年6月30日付け厚生労働省 事務連絡「医療用物資の追加配布の実施について」を受け、医療用物資の追加配布希望調査を実施致します。

必ず注意事項の内容を確認のうえ、配布を希望される場合に限り、以下ご回答ください。

※回答期限：7月24日（月）

## 申請対象者

大阪府域における

- ・歯科診療所
- ・薬局
- ・訪問看護事業所

## 注意事項

- 配布品目は、①N95マスク②アイソレーションガウン③フェイスシールド④非滅菌手袋の4品目のみです。
- 各物資の銘柄・材質・サイズについては指定できません。
- 備蓄品の放出となるため、外装箱（段ボール箱）につぶれがある場合があります。
- 回答期限後（7月25日以降）のキャンセル・数量変更等は一切お受けできません。  
（保管スペースを考慮のうえ、必ず一度に受入可能な数量だけ希望するようにお願いします）
- 配布時期は9月から順次開始し、12月完了とありますが、全国への配送のため遅れが発生する可能性があります。
- 配送日時について、事前の連絡はございませんのでご了承ください。
- 数量については、全国から希望が多数に上る場合、厚労省側で調整される可能性がありますので、ご希望に沿えない可能性がございます。
- お受取りに関して必要な経費はございません。

## 受付開始日

2023年7月14日 9時00分

## 受付終了日

2023年7月25日 0時00分

次へ進む



ウィンドウを閉じる

## 【02歯科診療所・薬局・訪問看護事業所向け】医療用物資の追加配布希望調査

## 回答者情報

【歯科診療所】【薬局】【訪問看護事業所】の回答フォームになりますので、【病院】【診療所】【助産所】に該当する場合は別の回答フォームからご回答ください。

医療機関コード（保険機関コード）、または訪問看護事業所コード（ステーションコード） **必須**

※歯科診療所：「273」から始まる10桁の半角数字

※薬局：「274」から始まる10桁の半角数字

※訪問看護：「276」から始まる10桁の半角数字

医療機関名、または事業所名 **必須**

担当者名 **必須**

姓

名

担当者 所属部署名

電話番号（ハイフンなし） **必須**

メールアドレス（確認入力あり） **必須**

メールアドレス

メールアドレス（確認）

住所（郵便番号検索） **必須**

郵便番号（ハイフンなし）

住所を検索する

都道府県

市区町村

町名・番地・建物名・部屋番号

## 配送先住所（郵便番号検索）

※所在地住所と異なる配送先を希望される場合のみ回答ください。

郵便番号（ハイフンなし）

住所を検索する

都道府県

市区町村

町名・番地・建物名・部屋番号

## 概要

令和5年6月30日付け厚生労働省 事務連絡「医療用物資の追加配布の実施について」を受け、医療用物資の追加配布希望調査を実施致します。必ず下記注意事項の内容を確認のうえ、配布を希望される場合に限り、以下ご回答ください。

- 配布品目は、①N95マスク②アイソレーションガウン③フェイスシールド④非滅菌手袋の4品目のみです。
- 各物資の銘柄・材質・サイズについては指定できません。
- 備蓄品の放出となるため、外装箱（段ボール箱）につぶれがある場合があります。
- 回答期限後（7月25日以降）のキャンセル・数量変更等は一切お受けできません。  
（保管スペースを考慮のうえ、必ず一度に受入可能な数量だけ希望するようにお願いします）
- 配布時期は9月から順次開始し、12月完了とありますが、全国への配送のため遅れが発生する可能性があります。
- 配送日時について、事前の連絡はございませんのでご了承ください。
- 数量については、全国から希望が多数に上る場合、厚労省側で調整される可能性がありますので、ご希望に沿えない可能性があります。
- お受取りに関して必要な経費はございません。

## N95マスク

- ※銘柄・材質・サイズについては指定できません。
- ※サージカルマスクではございませんので、お間違いのないようお願いいたします。
- ※回答期限後（7月25日以降）のキャンセル・数量変更等はお受けできません。

(1) N95配布希望の有無 必須

配布を希望されるか回答ください。

選択解除

- ☐ 希望します  
☐ 希望しません

## (2) 配布希望枚数

・100枚単位で半角数字で回答してください。（端数は切り捨てされます）

枚

## アイソレーションガウン

- ※銘柄・材質・サイズについては指定できません。
- ※回答期限後（7月25日以降）のキャンセル・数量変更等はお受けできません。

(3) アイソレーションガウン配布希望の有無 必須

## 別添 2

配布を希望されるか回答ください。

選択解除

- ☐ 希望します  
☐ 希望しません

### (4) 配布希望枚数

・100枚単位で半角数字で回答してください。(端数は切り捨てされます)

 枚

## フェイスシールド

※銘柄・材質・サイズ・形状については指定できません。

※回答期限後(7月25日以降)のキャンセル・数量変更等はお受けできません。

### (5) フェイスシールド配布希望の有無 必須

配布を希望されるか回答ください。

選択解除

- ☐ 希望します  
☐ 希望しません

### (6) 配布希望枚数

・100枚単位で半角数字で回答してください。(端数は切り捨てされます)

 枚

## 非滅菌手袋

※銘柄・材質・サイズについては指定できません。

※回答期限後(7月25日以降)のキャンセル・数量変更等はお受けできません。

### (7) 非滅菌手袋配布希望の有無 必須

配布を希望されるか回答ください。

選択解除

- ☐ 希望します  
☐ 希望しません

### (8) 配布希望枚数

・100枚単位で半角数字で回答してください。(端数は切り捨てされます)

 枚

次へ進む >

< 戻る