様式第１号（第４条関係）

年　　月　　日

　（宛先）

　岩国市長　様

医療機関名

代表者名

住所

電話番号

備蓄品配布申請書

　岩国市感染症対策医療材料備蓄事業の備蓄品の配布を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 備蓄品名 | 希望数 | 備考 |
| 全身防護衣 |  |  |
| ガウン |  |  |
| フェイスガード |  |  |
| Ｎ９５マスク |  |  |
|  |  |  |

担当者名：