

# 医薬品等供給要請書(2枚複写)

医療救護所等 ⇒ 災害薬事センター

様式 2

地区災害薬事コーディネーター

要請日時	年	月	日
	時	分	

## 供給要請者

納品先	施設名			
	所在地			
	連絡先		要請者	

## 必要な医薬品等

先発品名及び一般名	規格	数量(錠)	備考

## その他連絡事項等

-----  
 -----  
 -----  
 -----

- ・要請元、災害薬事センターにおいて本書を保存してください。
- ・FAX送信等ができない場合には、経由者においても保管を行ってください。

※要請された医薬品等が不足している場合及び発注した商品名とは異なる他の銘柄や、同効品、注文量を下回る数量が納品される場合があります。

## 受付等確認欄

	受付日時	対応者	備考