

■緊急配布要請記載事項

↓下記項目をご入力ください

項目	記入欄	記載例	備考
申請日時		2026/5/14	
医療機関名		医療法人社団 ○○会 XXXXクリニック	
医療機関コード		1234567890	医療機関でコードが不明な場合は都道府県において記入
区分		診療所	選択肢から選択して下さい
都道府県名		東京都	
郵便番号		012-3456	
医療機関住所		東京都千代田区千代田1-1	
電話番号		03-3588-3000	
担当者氏名		山田太郎	
メールアドレス		xxxx@example.com	
在庫量（前日時点の在庫量）		2100	枚数を整数で記入して下さい
1週間の想定消費量		1000	枚数を整数で記入して下さい
1週間の購入見込み量		300	枚数を整数で記入して下さい
コメント（任意）			

□緊急配布の要否、最大販売枚数の確認

上記を入力頂いた「在庫量」「1週間の想定消費量」「1週間の購入見込み量」によって配布要否及び最大販売枚数を判定し、要となった場合に最大販売枚数を上限に購入頂くことが可能です。

下記は「申請シート_医療機関入力」の入力結果と、要否判定結果です。ご確認下さい。

① 在庫量	<input type="text" value="0"/>	枚
② 1週間の想定消費量	<input type="text" value="0"/>	枚
③ 1週間の購入見込み量	<input type="text" value="0"/>	枚
配布対象	<input type="text" value="否"/>	
購入上限数	<input type="text" value="-"/>	枚

↑上記が今回、購入可能な枚数になります